

Solicitud de asistencia financiera de MUSC Health

Nombre del solicitante <i>(primer nombre, segundo nombre, apellido)</i>	Fechas de servicio	Numero de historia medica
--	---------------------------	----------------------------------

Instrucciones: Complete la solicitud y adjunte copias (no originales) de:

- **Formas validas de identificación** (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal, pasaporte, etc.)
- **Declaraciones de impuestos, horario de apoyo.** (año anterior)
- **Seguro Social/Discapacidad, W-2 o Desempleo** (si corresponde)
- **Talones de pago** (mes mas reciente)
- **Cartas de cupones de alimentos*** (si corresponde)

Ubicaciones de servicio

 Charleston University Medical Center
 Chester Medical Center
 Florence Medical Center
 Lancaster Medical Center
 Marion Medical Center
 Kershaw Medical Center
 Columbia Medical Center (Downtown/Northeast)

 Eres residente de Carolina del sur? Si No Si no, (en que estado) _____
 eres ciudadano? Si No Si no, (que país) _____

Paciente/Parte Responsable

Nombre <i>(Primer nombre, Segundo nombre, apellido)</i>		Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento <i>(mes, DD, AAAA)</i>	
Dirección		Ciudad	Estado	Codigo Postal
Telefono	Tamaño del hogar (Paciente, cónyuge y dependientes)		Estado civil	
Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> estudiante			Nombre y dirección del empleador	
Duración de empleo	Desempleo Fecha/Duración <i>(mes, DD, AAAA)</i>		Estas reclamando en otra declaracion de impuestos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (en caso de que si, proporcione declaracion de los reclamos)	

Cónyuge/pareja

Nombre <i>(Primer nombre, Segundo nombre, apellido)</i>		Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento <i>(mes, DD, AAAA)</i>
Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> estudiante		Nombre y dirección del empleador	
Duración de empleo	Desempleo Fecha/Duración <i>(mes, DD, AAAA)</i>		

Dependientes (si hay más de 3 dependientes, use una página separada)

Nombre completo	Relación	Fecha de Nacimiento <i>(mes, DD, AAAA)</i>
1.		
2.		
3.		

Certificación

Cerifico que toda la información enumerada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información se utilizará para determinar mi capacidad de pago por los servicios prestados por MUSC o una entidad afiliada y doy permiso a MUSC y a todas las clinicas, hospitales y entidades afiliadas para compatir la información según sea necesario para considerar mi solicitud de asistencia financiera. Por la presente otorgo permiso a MUSC, a todas las afiliadas y representantes o agentes de MUSC para investigar la información contenida en este documento y para obtener informes crediticios.

Firma del paciente/ parte responsable	Fecha <i>(mes, DD, AAAA)</i>
--	-------------------------------------

Envie por correo este formulario completo con la documentación requerida a la siguiente dirección:

ATENCIÓN: MEDICAL UNIVERISTY OF SOUTH CAROLINA
 1 Poston Road, Suite 300
 Charleston, SC 29407
 843-792-2311

En 4 a 6 semanas, recibirá correspondencia para informarle si es elegible para recibir asistencia financiera. Si recibe una carta de aprobación, no garantiza que todos los servicios de MUSC estén aprobados o que los servicios futuros sean aprobados para asistencia financiera. Llame al equipo de servicio al cliente de MUSC al 843-792-2311 si tiene preguntas, comentarios o inquietudes.

 Tambien puede presentar su solicitud en línea en <https://mychart.musc.edu>