

TRINITY HEALTH OF NEW ENGLAND
ASISTENCIA FINANCIERA
Johnson Memorial Hospital - Mercy Medical Center - Mount Sinai Rehabilitation Hospital
Saint Francis Hospital and Medical Center - St. Mary's Hospital
Trinity Health of New England Medical Group - Collaborative Laboratory Services
Mercy Inpatient Medical Associates

Trinity Health Of New England (THONE) brinda asistencia financiera a las personas que califiquen según los ingresos y el tamaño del grupo familiar. Sin embargo, si no tiene seguro o sus ingresos están por debajo de los valores de la Pauta federal de pobreza, necesitaremos una carta de denegación del estado o prueba de que ya recibe asistencia del estado. El formulario de Solicitud de asistencia financiera debe completarse, firmarse y devolverse junto con una prueba de ingresos para todos los miembros del grupo familiar, identificación, prueba de residencia y la copia completa de su última declaración de impuestos federales (1040) para el año anterior a las siguientes direcciones:

Saint Francis Hospital Attn: Patient Accounts 114 Woodland Street Hartford, CT 06105	Johnson Memorial Medical Center Attn: Financial Counseling 1st Floor 201 Chestnut Hill Road Stafford Springs, CT 06076	St. Mary's Hospital Attn: Financial Counseling 56 Franklin Street Waterbury, CT 06706	Mercy Medical Center Attn: Financial Counseling 271 Carew Street Springfield, MA 01104
---	---	--	---

La prueba de ingresos puede incluir uno de los siguientes documentos:

- ☐ Una copia de 4 recibos de pago consecutivos o 2 recibos de pago bimensuales para todos los miembros del grupo familiar o una carta de su empleador que documente su salario.
- ☐ Si está desempleado, una copia de su carta de Beneficios de compensación por desempleo.
- ☐ La carta de Determinación de pensión alimenticia.
- ☐ La carta de Determinación de asistencia en efectivo.
- ☐ La carta de beneficios de seguro social, discapacidad o pensión que documente el monto de sus ingresos brutos.
- ☐ Una *carta* certificada de su garante o las personas que lo mantienen/información sobre su patrocinador.
- ☐ Información sobre su patrocinador.
- ☐ Una copia de los estados de cuenta más recientes que reflejen todas las transacciones de 3 meses.
- ☐ Si es empleado autónomo, una copia de su última declaración de impuestos para el año anterior. Debe incluir el formulario C/K-1 (1120).

Declaración de impuestos completada:

- ☐ Una copia de todos los formularios de impuestos de renta y formularios 1040 del año actual.
Nota: Si no presentó una declaración de impuestos el año pasado, comuníquese con el Servicio de Rentas Internas (IRS) al 1-800-829-1040 para obtener una carta de No presentación o diríjase a www.irs.gov/pub/irs-fill/f4506*.

La identificación puede incluir: (si ya no está en los archivos)

- ☐ Una copia de una identificación fotográfica válida, como licencia de conducir, pasaporte, visa, id. de trabajo o id. de inmigrante.

La prueba de residencia puede incluir:

- ☐ El contrato de alquiler, una factura de un servicio, otro tipo de factura, un estado de hipoteca con prueba de residencia en el área de servicio (ver matriz de área).

Carta de determinación de Medicare: si no tiene seguro, está por debajo del Nivel federal de pobreza o tiene Medicare

- ☐ **Residentes de Connecticut:** Solicite Medicaid o seguro mediante Access Health CT en <https://www.accesshealthct.com> o llame al 1-855-909-2428. Debe brindarnos la carta de Determinación de elegibilidad que recibió del Departamento de Servicios Sociales del estado de Connecticut.
- ☐ **Residente de Massachusetts:** Solicite Medicaid mediante MassHealth o The Connector en <https://www.MAhealthconnector.org> o llame al 1-877-623-6765. Debe brindarnos la carta de Determinación de elegibilidad que recibió del Departamento de Servicios Sociales del estado de Massachusetts.

Debemos recibir la solicitud completada dentro de los próximos 240 días.