

Solicitud de Asistencia Financiera

Estimado Paciente y Familia:

En consonancia con nuestra misión y valores fundamentales, estamos comprometidos a brindar atención médica a las personas independientemente de su capacidad de pago.

Nuestra Atención Caritativa/Asistencia Financiera:

Las facturas médicas pueden ser difíciles de pagar. Los pacientes que no pueden pagar la totalidad o parte de sus servicios de atención médica pueden solicitar asistencia financiera completando y devolviendo este formulario. Los pacientes y familias que cumplan con ciertos requisitos de ingresos pueden calificar para atención gratuita o atención a precio reducido basada en el tamaño de su familia e ingresos, incluso si tiene seguro médico.

Qué cubre la asistencia financiera? La asistencia financiera cubre los servicios médicamente necesarios proporcionados por un proveedor de United Hospital District, según su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, incluidos los servicios proporcionados por otras organizaciones.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud: Nuestras políticas de asistencia financiera, información sobre los programas y materiales de solicitud están disponibles en nuestro sitio web o por teléfono. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo asistencia por discapacidad e idioma. Así es como contactarnos:

www.uhd.org O 507-526-3273 Lunes - Viernes 8:00am a 4:30pm

Para que su solicitud sea procesada, debe proporcionar:

- ☐ **Información sobre su familia**
Complete el número de miembros de la familia en su hogar.
La familia se define como: un grupo de dos personas o más (una de las cuales es el jefe de hogar) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntas; todas estas personas (incluyendo miembros de subfamilias relacionadas) se consideran como miembros de una familia. El Distrito Hospitalario United también aceptará miembros del hogar no relacionados al calcular el tamaño de la familia.
- ☐ **Información sobre los ingresos brutos mensuales de su familia** (ingresos antes de impuestos y deducciones)
- ☐ **Adjunte información adicional si es necesario**
- ☐ **Firme y feche el formulario de asistencia financiera**

****Se Requiere Verificación de Fuente de Ingresos****

Los solicitantes pueden proporcionar uno de los siguientes: Formulario W-2 del año anterior, dos recibos de sueldo más recientes, carta del empleador o Formulario 4506-T (si no se presentó el formulario W-2). Las personas que trabajan por cuenta propia deberán presentar detalles de los tres meses más recientes de ingresos y gastos del negocio. Se debe proporcionar información adecuada para determinar la elegibilidad para el programa. Se puede usar la autodeclaración de ingresos. Los pacientes que no puedan proporcionar verificación escrita pueden proporcionar una declaración firmada de ingresos.

Envíe por correo la solicitud completa con toda la documentación a (asegúrese de guardar una copia para usted) : United Hospital District and Clinics

Atención: Kathie Thom
P.O. Box 160
Blue Earth MN 56013

Para presentar su solicitud completa en persona : Puede entregar su solicitud en cualquier ubicación de UHD.

Le notificaremos la determinación final de elegibilidad y los derechos de apelación, si corresponde, dentro de 14 días calendario de recibir una solicitud completa de asistencia financiera, incluyendo documentación de ingresos.

Queremos ayudar. Por favor envíe su solicitud prontamente!
Puede recibir facturas hasta que recibamos su información.

**Solicitud de Asistencia Financiera de
United Hospital District and Clinics
Confidencial**

Por favor complete toda la información completamente. Si no aplica, escriba "N/A." Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

Necesita un intérprete? ☐ **Sí** ☐ **No** *Si Sí, indique el idioma preferido:*

TENGA EN CUENTA

- ☐ No podemos garantizar que calificará para asistencia financiera, aun si presenta la solicitud.
- ☐ Una vez que envíe su solicitud, podemos verificar toda la información y podemos solicitar información adicional o comprobante de ingresos.
- ☐ Dentro de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud completa y documentación, le notificaremos si califica para asistencia.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITANTE

Primer nombre del paciente	Segundo nombre del paciente	Apellido del paciente
Fecha de Nacimiento		
Persona Responsable de Pagar la Factura		
Dirección Postal _____ _____		Número(s) de contacto principal(es) () _) ()) Dirección de Correo Electrónico: _____
Ciudad	Estado	Código Postal
Estado de empleo de la persona responsable de pagar la factura (INFORMACIÓN DE EMPLEO - OPCIONAL) ☐ Empleado (fecha de contratación:) ☐ Desempleados (cuanto tiempo desempleado:) ☐ Trabajadores por cuenta propia ☐ Alumno ☐ Desactivado ☐ Jubilado ☐ Otro ()		

INFORMACIÓN FAMILIAR

Enumere los miembros de la familia en su hogar, incluyéndose usted.

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Adjunte página adicional si es necesario

Nombre	Fecha de Nacimiento	Si tiene 18 años o más - fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Total de ingresos brutos mensuales (antes de impuestos) ingresos (antes de impuestos):	También solicita asistencia financiera ¿asistencia?
				Sí / No
				Sí / No
				Sí / No
				Sí / No

Los ingresos de todos los miembros adultos de la familia deben ser divulgados. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

Salarios brutos; sueldos; propinas; ingresos de negocios y trabajo por cuenta propia; compensación por desempleo; compensación laboral; Seguro Social; Ingreso de Seguridad Suplementario; pagos de veteranos; beneficios de sobreviviente; ingresos de pensión o jubilación; intereses; dividendos; regalías; ingresos de propiedades de alquiler, patrimonios y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención infantil; asistencia de fuera del hogar; y otras fuentes diversas.

Solicitud de Asistencia Financiera – Confidencial

INFORMACIÓN DE INGRESOS

RECUERDA : *Debes incluir comprobante de ingresos con tu solicitud.*

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera. Todos los miembros de la familia de 18 años o más deben divulgar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración escrita firmada describiendo sus ingresos. Por favor proporcione comprobante para cada fuente de ingresos identificada.

Ejemplos de comprobante de ingresos incluyen:

- Salarios brutos; sueldos; propinas; ingresos de negocios y trabajo por cuenta propia;
- Compensación por desempleo; compensación laboral; Seguro Social; Ingreso de Seguridad Suplementario;
- Pagos de veteranos; beneficios para sobrevivientes; ingresos de pensión o jubilación;
- Intereses; dividendos; regalías; ingresos de propiedades de alquiler, patrimonios y fideicomisos;
- Pensión alimenticia; manutención infantil; asistencia de fuera del hogar; y otras fuentes diversas.
- Se puede usar una Autodeclaración de Ingresos Firmada si no está disponible otra verificación de ingresos.

INFORMACIÓN DE GASTOS

Utilizamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación financiera.

Esta información solo puede ser utilizada si sus ingresos están por encima del 200% de las Pautas Federales de Pobreza.

Gastos Mensuales del Hogar:

Alquiler/hipoteca \$

Primas de Seguro \$

Otras Deudas/Gastos \$

Gastos médicos \$

Servicios públicos \$

(manutención infantil, préstamos, medicamentos, otros)

INFORMACIÓN ADICIONAL (Opcional)

Por favor adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que sepamos, tal como una dificultad financiera, ingresos estacionales o temporales, o pérdida personal.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que United Hospital District and Clinics puede verificar la información para determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información que proporciono es falsa, el resultado será la denegación de asistencia financiera, y seré responsable y se esperará que pague por los servicios proporcionados.

Firma de la Persona que Solicita

Fecha



Committed to care. Committed to you.