

NOMBRE:

NAME:

(primer nombre)
(first)

(segundo nombre)
(middle)

(apellidos)
(last)

DIRECCIÓN:

ADDRESS:

(número y calle)
(number and street)

(ciudad)
(city)

(estado)
(state)

(código postal)
(zip)

TELÉFONO:

TELEPHONE:

(casa)
(home)

(celular)
(cell)

(fecha de nacimiento)
(date of birth)

EMPLEADOR

EMPLOYER:

OCUPACIÓN:

OCCUPATION:

FECHA DE CONTRATACIÓN:

DATE OF HIRE:

TELÉFONO DEL EMPLEADOR:

EMPLOYER PHONE:

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE: NOMBRE

SPOUSE INFORMATION: NAME

(primer nombre)
(first)

(segundo nombre)
(middle)

(apellidos)
(last)

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE:

SPOUSE EMPLOYER:

OCUPACIÓN:

OCCUPATION:

FECHA DE CONTRATACIÓN:

DATE OF HIRE:

TELÉFONO DEL EMPLEADOR:

EMPLOYER PHONE:

¿PRESENTÓ SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS EL AÑO PASADO?:

DID YOU FILE TAXES LAST YEAR?



PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE/AYUDA FINANCIERA PARA PACIENTES

El Programa de Ayuda Financiera de Carris Health se estableció para ayudar a los pacientes que no tienen la capacidad de pagar por los servicios recibidos. Si los pacientes cumplen con las directrices, la factura total o una parte de los cargos pueden estar cubiertos. Para ser considerado para la ayuda, por favor llene el otro lado de esta carta y devuélvala con la información solicitada.

Para que Carris Health tramite su solicitud, por favor siga las siguientes instrucciones a continuación.

- Use cifras brutas para los ingresos incluyendo los ingresos de su cónyuge si está casado.
- Si **NO** tiene seguro, **DEBE** solicitar asistencia médica a través de su condado de residencia antes de poder calificar. También **DEBE** adjuntar una copia de cualquier denegación de asistencia médica a este formulario.
- **Por favor, proporcione la prueba de los ingresos – Si hace su declaración de impuestos, tiene que proporcionar la 1ª página de su declaración de impuestos más reciente (que indique los ingresos brutos ajustados) O BIEN, si no hace la declaración de impuestos, sus últimos 4 comprobantes de paga. Si recibe el Seguro Social o está recibiendo desempleo, por favor, incluya los extractos bancarios que indiquen su depósito mensual/semanal o bien la carta de concesión del Seguro Social.**
- Por favor, devuelva la información solicitada en el sobre provisto, o envíela por correo postal a Carris Health, 301 Becker Avenue SW, Willmar, MN 56201.
- Si usted califica, se lo notificaremos por correo postal en un plazo de dos semanas de haber recibido su solicitud.

Por la presente solicito que Carris Health haga la determinación por escrito de mi elegibilidad para ayuda financiera para pacientes. Entiendo que la información, la cual presento respecto a mis ingresos anuales y tamaño de la familia, está sujeta a verificación por Carris Health. También entiendo que si se determina que la información que presento es falsa, dicha determinación tendrá como resultado la denegación. El paciente o el garante será responsable por los cargos de los servicios proporcionados. El centro proporcionará ayuda financiera sin cargo alguno o con un cargo especificado menor del crédito permitido para los servicios. Debe investigarse y determinarse si existen posibles pagadores de terceras partes antes de determinar el estado de ayuda financiera.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON:

Carris Health, Patient Financial Advocates:
320-231-4371, 320-231-4288, o LLAME GRATIS AL 1-866-601-0527



PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE

Carris Health Financial Assistance Program was established to assist patients who do not have the ability to pay for services received. If patients meet the guidelines, the total bill or a portion of the charges may be covered. To be considered for assistance, please fill out the reverse side of this letter and return with the requested information.

In order for Carris Health to process your application, please follow the instructions below.

- Use gross income figures including spousal income if you are married.
- If you have **NO** insurance, you **MUST** apply for medical assistance through your county of residence before you can qualify. You **MUST** also attach a copy of any medical assistance denial with this form.
- **Please provide proof of income – If you file taxes you are required to provide the 1st page of your most recent tax return (showing adjusted gross income) OR, if you do not file taxes, your last 4 pay stubs. If you receive Social Security or are receiving unemployment, please include bank statements showing monthly/weekly deposit or Social Security award letter.**
- Please return the requested information in the envelope provided, or mail to Carris Health, 301 Becker Avenue SW, Willmar, MN 56201.
- If you qualify, we will notify you by mail within two weeks of receiving your application.

I hereby request that Carris Health make a written determination of my eligibility for patient financial assistance. I understand that the information, which I submit concerning my annual income and family size, is subject to verification by Carris Health. I also understand that if the information which I submit is determined to be false, such a determination will result in a denial. Patient or Guarantor will be liable for charges for services provided. The facility will provide financial assistance at no charge or at a specified charge less than the allowable credit for the services. All possible third party payors must be explored and finalized before financial assistance status is determined.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS PLEASE CONTACT:

CentraCare Health, Patient Financial Advocates:
320-231-4371, 320-231-4288, or TOLL FREE 1-866-601-0527