



MRN –
Aprobado: S ___ N ___ Iniciales ___

AYUDA FINANCIERA PARA PACIENTES

PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE-Spanish

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:

FECHA DE NAC. DELCÓNYUGE:

SPOUSE DATE OF BIRTH:

FECHA DE CONTRATACIÓN:

DATE OF HIRE:

TELÉFONO DEL EMPLEADOR:

EMPLOYER PHONE:

¿PRESENTÓ SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS EL AÑO PASADO? S ___ N ___

DID YOU FILE TAXES LAST YEAR?

¿TIENE UNA CUENTA DE CHEQUES O DE AHORRO? S ___ N ___

DO YOU HAVE A BANK CHECKING OR SAVINGS ACCOUNT?

¿TIENE SEGURO? S ___ N ___

DO YOU HAVE INSURANCE?

Nombre de compañía de seguros: _____ N.º de ID _____ N.º de ID del cónyuge _____

*Si **NO** tiene seguro, **DEBE** solicitar asistencia médica a través de MNSURE antes de poder calificar

DEPENDIENTES:

Nombre	Relación	FECHA DE NAC.	N.º de ID de Compañía de seguros
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. También autorizo a CentraCare Health a verificar cualquier información mencionada anteriormente.

Firma del Garante

Firma del Cónyuge (obligatorio si es Casado/a) _____
Fecha

CENTRA CARE Health

PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE/AYUDA FINANCIERA PARA PACIENTES

El Programa de Ayuda Financiera de CentraCare 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 CentraCare 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 MNSURE antes de poder calificar. También **DEBE** adjuntar una copia de cualquier denegación de asistencia médica con este formulario o una impresión de pantalla de su denegación del sitio web de MNSURE. Todos en su hogar deben tener seguro o proporcionar una copia de su denegación de asistencia médica.
- **Proporcione un comprobante de ingresos. Si declara impuestos, debe proporcionar el formulario 1040 de su declaración de impuestos más reciente (incluya las dos páginas que muestran sus dependientes y el ingreso bruto ajustado).**
- **Si recibe un Seguro Social, incluya su carta de aprobación o prestaciones del Seguro Social.**
- **Si recibe una pensión, proporcione una carta de prestaciones de pensión.**
- **Proporcione sus extractos bancarios de los últimos 3 meses (incluya la información de su cónyuge)**
- **Proporcione sus últimos 4 talones de pago (incluya la información de su cónyuge)**
- **Si recibe un seguro por desempleo, incluya su carta de determinación de beneficios y la página de historial que muestre sus beneficios semanales.**
- Por favor, devuelva la información solicitada en el sobre provisto, o envíela por correo postal a CentraCare Health, 1406 6th Ave N, St Cloud, MN 56303.
- 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 CentraCare 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 CentraCare. 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:

CentraCare Health, Patient Financial Services:
320-255-5613, o LLAME GRATIS AL 844-460-5533 FAX 320-656-7194

CENTRA CARE Health

English:

CentraCare Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-320-255-5989 (TTY: 1-320-255-5983).

Somali:

CentraCare Health waa mid u hogaansan xeerarka dawladda dhexe ee ilaalinta xuquuqda aadanaha mana ogola heyb sooc ku saleysan qowmiyadda, midabka, halka uu qofku ka soo jeedo asal ahaan, da'da, naafanimada ama jinsiga qofka. XUSUUSO: Haddii aad ku hadasho af Soomaali, adeegyo kaalmo oo dhanka luqadda, oo bilaash ah, ayaad helaysaa. Soo wac 320-255-5989 (TTY: 1-320-255-5983).

Spanish:

CentraCare Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-320-255-5989 (TTY: 1-320-255-5983).

CENTRACARE Health

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA PARA ENTIDADES CENTRACARE Y CARRIS HEALTH

***Indique los ingresos mensuales del titular de la cuenta y del cónyuge**

Ingreso mensual:					
Salarios	\$	/mes	Seguro por Desempleo	\$	/mes
Pensión/Jubilación	\$	/mes	Seguro Social	\$	/mes
Pensión alimenticia/ Manutención de menores	\$	/mes	Ingresos por propiedades en alquiler	\$	/mes
Otros ingresos	\$	/mes			

****Si los activos líquidos superan los \$ 500,000, usted no es elegible para recibir asistencia financiera.**

Activos líquidos: (activos transferibles a efectivo)					
Cuenta de Cheques	\$		Cuenta de Ahorros Médicos	\$	
Cuenta de Ahorros	\$		Pensión/Jubilación	\$	
Cuenta de Jubilación Individual/Certificado de Depósito	\$		Vehículos recreativos: Casas rodantes, botes, motocicletas	Valor: \$ Cantidad adeudada: \$	
Propiedades (sin incluir su casa)	\$		Otros activos:	\$	

*****Solo necesita completar la información a continuación si los activos superan los \$ 300,000**

Gastos:					
Alquiler/Hipoteca	\$	/mes	Teléfono	\$	/mes
Utilidades	\$	/mes	Guardería	\$	/mes
Manutención de menores	\$	/mes		\$	/mes
Otros gastos	\$	/mes		\$	/mes