

Solicitud de ayuda financiera

Responda cada pregunta de la forma más completa posible. En caso de necesitar información o documentos adicionales, nos comunicaremos con usted. Incluya una copia de su declaración federal de impuestos más reciente junto con esta solicitud. Si no declaró impuestos, incluya una copia de la declaración de ingresos de su Seguro Social o un comprobante de ingresos. En caso de necesitar información adicional para procesar su solicitud, nos comunicaremos con usted.

Fecha de la solicitud: _____

1. Nombre: _____
2. Nombre del paciente (si es menor de 18 años de edad): _____
3. Número del Seguro Social: _____
4. Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
5. Dirección/Dirección de correo: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
6. Teléfono (particular): _____ (laboral): _____ (celular): _____
7. Estado civil actual: Soltero/a ___ Casado/a ___ Otro (especificar) _____
8. Nombre del cónyuge/pareja: _____
9. Dirección del cónyuge/pareja (si es distinta de la del paciente): _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
10. N.º del Seguro Social del cónyuge/pareja: _____
11. Fecha de nacimiento del cónyuge/pareja: _____ / _____ / _____
12. Nombres y edades de los integrantes de la familia:
Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____
Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____
Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____
13. ¿Tiene un seguro para cubrir los gastos médicos? _____ (S/N) Prima mensual: \$ _____
Nombre de la compañía del seguro de salud: _____
14. Acerca de sus facturas médicas, ¿tiene alguna demanda o reclamación del seguro por algún accidente o lesión? _____ (S/N).
Si la respuesta es "sí", indique el nombre y teléfono de su abogado: _____
15. Estado de empleo actual: Tiempo completo ___ Tiempo parcial ___ Cesante ___ Otro (especificar) _____

Complete con información del empleador y salarios actuales o más recientes.

16. Lugar de empleo: _____
Dirección del empleo: _____
Salario por hora: \$ _____ o salario mensual: \$ _____ horas por semana: _____
17. Estado de empleo del cónyuge/pareja: Tiempo completo ___ Tiempo parcial ___ Cesante ___ Otro (especificar) _____

Complete con información del empleador y salarios actuales o más recientes.

18. Lugar de empleo del cónyuge/pareja: _____
Dirección de empleo del cónyuge/pareja: _____
Salario por hora del cónyuge/pareja: \$ _____ o salario mensual: \$ _____ horas por semana: _____
19. Lista de las fuentes de ingresos mensuales (pensión alimenticia, manutención de menores, intereses/dividendos, seguridad social o discapacidad, desempleo, granja, autónomo, etc.):
Fuente: _____ \$ _____ Fuente: _____ \$ _____
Fuente: _____ \$ _____ Fuente: _____ \$ _____
Fuente: _____ \$ _____ Fuente: _____ \$ _____

20. Yo soy/Nosotros somos propietario(s) de los siguientes vehículos motorizados:

Nombre de los propietarios	Marca	Modelo	Año	Valor	Cantidad adeudada	Pago mensual
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

21. Nombre de la compañía de seguro del vehículo: _____ Prima mensual: \$ _____

22. Enumere los vehículos recreativos, botes, camionetas, motos de nieve, etc.:

Nombre de los propietarios	Marca	Modelo	Año	Valor	Cantidad adeudada	Pago mensual
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

23. Otros bienes en propiedad:

Valor estimado	Cantidad adeudada	Pago mensual	Institución financiera
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

24. ¿Dónde realiza sus operaciones bancarias? _____
Saldos: De cheques: \$ _____ De ahorros: \$ _____

25. Otros bienes: Efectivo en caja: \$ _____ Certificados de depósito (Certificate of Deposit, CD): \$ _____
Acciones/Bonos: \$ _____ Cuentas Individuales de Jubilación (Individual Retirement Account, IRA): \$ _____

26. Compra o alquiler de su vivienda: _____ ¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? _____

27. Alquiler mensual: \$ _____ Hipoteca mensual: \$ _____

28. Si es propietario, ¿cuál es el valor fiscal de la propiedad sujeto a impuestos de su residencia principal? \$ _____
Cantidad adeudada: \$ _____

29. ¿Es propietario de otros bienes raíces? _____ (S/N) Si la respuesta es "sí", ¿cuál es el valor? \$ _____

30. Costos de servicios públicos mensuales: Gas: \$ _____ Electricidad: \$ _____ Agua/Alcantarillado: \$ _____
Teléfono: \$ _____

31. Otros gastos/obligaciones mensuales (por ej.: facturas médicas, manutención de menores, pensión alimenticia, guardería, impuesto sobre bienes raíces, farmacia, suministros médicos, etc.):

Gasto: _____ \$ _____ Gasto: _____ \$ _____
Gasto: _____ \$ _____ Gasto: _____ \$ _____

Para los fines de este formulario, "HealthPartners" hace referencia a HealthPartners Medical Group, Regions Hospital, Hudson Hospital & Clinics, Westfields Hospital, Lakeview Hospital y cualquier otra entidad que preste servicios en un centro familiar de HealthPartners.

Comprendo que la información que he proporcionado está sujeta a verificación por parte de HealthPartners, a la revisión de agencias federales y estatales, y disponible para otros programas o fines relacionados. También comprendo que mi solicitud y elegibilidad para recibir ayuda financiera están sujetas a las pautas de la entidad de HealthPartners de la que recibí mi atención. Certifico que la información que se indica arriba es verdadera y correcta.

Por la presente, autorizo/autorizamos a HealthPartners para que revise los registros federales y estatales de empleo y el historial de ingresos, incluidos los registros de la Agencia Estatal de Seguridad de Empleo. También AUTORIZO/AUTORIZAMOS a HealthPartners para que obtenga un informe de crédito por medio de una agencia de informes de crédito autorizada. Esta autorización tiene vigencia durante un (1) año a menos que las leyes estatales limiten este período. Es posible que se acepte una fotocopia o copia hecha con papel carbónico de la autorización (de la[s] firma[s] de/de los suscriptor[es]) como el documento original y podría usarse como original duplicado.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge/pareja: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY:

Account # _____ Date(s) of Service: _____

Total Charges: _____ Type of Service (inpt/outpt/other): _____