

Hudson Hospital & Clinic

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.

Debe entregar una copia de su declaración federal de impuestos más reciente y los dos recibos de sueldo más recientes junto con esta solicitud. Consulte la hoja informativa adjunta para conocer cualquier documentación adicional necesaria.

Fecha de la solicitud: _____

1. Nombre: _____

2. Nombre del paciente (si es menor de 18 años): _____

3. Número de 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): _____

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:

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 ____ Suspendido ____ 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 ____ Suspendido ____ 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: _____

Cónyuge/pareja: Salario por hora \$ _____ o salario mensual \$ _____ Horas por semana _____

19. Detalle otras fuentes de ingresos (mensuales):

(Pensión alimenticia, manutención de menores, intereses/dividendos, seguridad social o discapacidad, desempleo, granja, autónomo, etc.):

_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____

20. Yo/nosotros somos propietarios de los siguientes vehículos motorizados:

Nombre de los propietarios	Marca	Modelo	Año	Valor	Monto adeudado	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	Monto adeudado	Pago mensual
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

23. Otros bienes en propiedad:

Valor estimado	Monto adeudado	Pago mensual	Institución financiera
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

24. ¿Dónde realiza sus operaciones bancarias?

Saldos: Cheques: \$ _____ Ahorros: \$ _____

25. Otros bienes: Efectivo en caja: \$ _____ Certificados de depósito \$ _____ Acciones/bonos: \$ _____

Cuenta de retiro individual: \$ _____

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 (p. ej.: facturas médicas, manutención de menores, pensión alimenticia, guardería, impuesto sobre bienes raíces, farmacia, suministros médicos, etc.):

_____	\$ _____	_____	\$ _____
_____	\$ _____	_____	\$ _____

32. Sobre la base de la información provista en esta solicitud, puedo realizar un pago mensual de \$ _____ en mi(s) cuenta(s).

Para los fines de este formulario, "HealthPartners" hace referencia a HealthPartners Medical Group, Regions Hospital, Hudson Hospital & Clinic, Westfields Hospital & Clinic, Lakeview Hospital, Amery Hospital & Clinic 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: _____

SOLO PARA USO OFICIAL:

N.º de cuenta _____

Fecha(s) de servicio _____

Cargos totales _____

Tipo de servicio (pac. internado/pac. ambulatorio/otro)