

Fecha: _____

Nombre del garante: _____

Dirección del garante: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Asunto: Su cuenta de Essentia Health número _____

¿Sabía que Essentia Health tiene un programa que podría ayudarle con sus facturas médicas llamado **Essentia Health Financial Assistance Program [Programa de Asistencia Económica de Essentia Health]**? Es posible que usted reúna los requisitos para que se reduzcan sus facturas si sus ingresos están dentro de los parámetros que se indican a continuación:

Tamaño de la familia	100% de descuento Si los ingresos son inferiores a:	75% de descuento Si los ingresos son inferiores a:	50% de descuento Si los ingresos son inferiores a:
1	\$19,296	\$27,135	\$37,386
2	\$25,984	\$36,540	\$50,344
3	\$32,672	\$45,945	\$63,302
4	\$39,360	\$55,350	\$76,260
5	\$46,048	\$64,755	\$89,218
6	\$52,736	\$74,160	\$102,176

Para familias/hogares con más de 6 personas, agregue \$4,180 por cada miembro adicional de la familia

Para tener derecho al Programa de Asistencia Económica deberá:

- Solicitar Asistencia Médica y otros tipos de asistencia pública/privada, según las normas de elegibilidad aplicables.
- Tener una determinación respecto a cualquier reclamo de Asistencia Médica por discapacidad.
- Cooperar con los requisitos del seguro de indemnización a trabajadores, seguro de automóvil o cualquier otra empresa aseguradora.
- Haber recibido servicios médicamente necesarios y elegibles prestados por Essentia Health que estén cubiertos bajo nuestro programa. Por favor comuníquese con nosotros para obtener una lista de exclusiones.
- Los valores declarables no deben exceder \$25,000 para una familia de un integrante, o \$50,000 para una familia de dos o más integrantes.

Recordatorios sobre cómo llenar la solicitud:

- Cerciérese de llenar la solicitud en su totalidad y de contestar todas las preguntas.
- Adjunte copias de todos los documentos necesarios (no envíe originales).
- Firme y feche la solicitud y devuélvala a Essentia Health dentro de 30 días a partir de la fecha de envío de esta solicitud.
Se le podría denegar la solicitud si no envía toda la información requerida.

Envíe por correo o entregue esta solicitud y las copias que se solicitan a la oficina más cercana a usted:

Essentia Health

BSC Q1

400 E Third St

Duluth MN 55805

Teléfono # 218-786-3333

800-985-4675

Essentia Health

St Joseph's Clinics

 2024 S 6th St

Brainerd MN 56401

Teléfono # 218-828-7589

855-817-9702

Essentia Health

West Financial Counseling

 3000 32nd Ave S

Fargo ND 58103

Teléfono # 701-364-8608

855-269-1326

**** O puede escanear su información y enviarla por correo electrónico a financialassistanceappinfo@essentiahealth.org**

Recuerde, Essentia Health está aquí para servirle. Comuníquese con nosotros si tiene cualquier pregunta sobre su elegibilidad para este programa. Podríamos asistirle con otros programas si usted no reúne los requisitos para el **Programa de Asistencia Económica de Essentia Health**.

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA DE ESSENTIA HEALTH

Por favor llene la solicitud a continuación. Tenga en cuenta que se podría pedir documentación adicional para completar la evaluación de su solicitud. Si se aprueba, su solicitud es válida por 6 meses a partir de la fecha en que la recibamos. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, o si tiene otras preguntas, por favor llame a nuestras oficinas. ¡Podemos ayudarle!

Enumere las personas que viven en su hogar (incluya solo a los miembros de la familia a quienes usted declara como dependiente en su declaración de impuestos).

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Parentesco con usted	¿Tiene esta persona Asistencia Médica? Sí/No - Explique
1.)		Usted mismo	
2.)			
3.)			
4.)			
5.)			
6.)			

MARQUE LAS CASILLAS PARA TODOS LOS ARTÍCULOS QUE CORRESPONDAN EN SU FAMILIA

Información requerida para TODOS los integrantes de la familia (si corresponde):	Envíe copias de:	Cantidad anual (Bruta)
Declaración Federal de Impuestos	Formulario 1040 de la Declaración Federal de Impuestos del año pasado, incluidos los Anexos C, E y/o F, si corresponde	\$
Ingresos laborales (salario)	Los últimos 2 meses completos (60 días) de talones de pago por empleo	\$
Ingresos de SSI, SSDI, RSDI	Carta(s) de Adjudicación Y una copia de los 2 estados de cuenta bancaria más recientes donde aparezcan los depósitos	\$
Prestaciones por desempleo / Indemnización a trabajadores / Discapacidad	Carta de Prestaciones Y una copia impresa del historial de pagos	\$
Manutención conyugal, manutención de hijo(s)	Carta de Prestaciones Y una copia de los 2 estados de cuenta bancaria más recientes donde aparezcan los depósitos	\$
Pensión, Anualidad, Prestaciones de la Administración de Veteranos	Carta(s) de Adjudicación Y una copia de los 2 estados de cuenta bancaria más recientes donde aparezcan los depósitos	\$
Otras fuentes de ingresos (Tribales, Per Capita, TANF, MFIP, etc.)	Carta(s) de Adjudicación Y una copia de los 2 estados de cuenta bancaria más recientes donde aparezcan los depósitos	\$
Cuentas corrientes, de ahorros, Flex, HSA, HRA, etc. *Las cuentas Flex/HSA/HRA deben tener un saldo menor de \$25.00*	Estados de cuenta bancaria por los 2 últimos meses para cada tipo de cuenta	\$
Solicitud de Asistencia Médica	Carta de Adjudicación / Denegación del Condado	\$
Marque aquí si no presentó una declaración de impuestos el año pasado	Ingresos totales: \$ _____	
Sin ingresos: Por favor explique cómo se mantiene. Por ejemplo: gastos de la vida diaria, como alimentos, gasolina, vivienda y otras cuentas.		
Otras propiedades / valores:	Envíe copias de:	Valor calculado
Otras propiedades que posee (además de su residencia primaria).	Estado de cuenta de los impuestos sobre la propiedad del año pasado para cada propiedad	\$
Cuentas de Jubilación e Inversión: IRAs, 401Ks, Acciones, Bonos, Seguro de Vida, Plan de Pensión, etc.	Estado(s) de cuenta más recientes para cada cuenta	\$

Por la presente solicito/solicitamos que Essentia Health tome una determinación sobre mi elegibilidad para el Programa de Asistencia Económica de Essentia Health. Confirmando que la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la información que yo presente estará sujeta a verificación por parte de Essentia Health, y que si se determina que es falsa, esto resultará en la denegación del Programa de Asistencia Económica de Essentia Health. Si no se llena completamente esta solicitud y se suministran documentos justificativos, esto podrá resultar en la denegación de la solicitud.

Firma del solicitante _____ Fecha _____