

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Fecha: \_\_\_\_\_ N.º de su cuenta: \_\_\_\_\_ (este es su N.º de fiador de su estado de cuenta)

Nombre del fiador: \_\_\_\_\_

Dirección del fiador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Sabía Ud. que Essentia Health tiene un programa que lo puede ayudar con sus gastos médicos que se llama **Financial Assistance Program (Programa de Asistencia Financiera)**? Por favor, complete la solicitud a continuación. Si no está completa, su solicitud podría ser rechazada. Si se la aprueban, su solicitud será válida por 12 meses a partir de la fecha de recepción. Si necesita ayuda para completar la solicitud o tiene otras preguntas, por favor llame a nuestra oficina. ¡Podemos ayudarlo!

**Para calificar para este programa usted debe:**

- Solicitar Asistencia Médica u otras modalidades de asistencia pública/privada, dependiendo de los requisitos aplicables de elegibilidad.
- Tener una determinación sobre cualquier reclamo de Asistencia Médica por discapacidad.
- Cooperar con los requerimientos de su aseguradora de accidentes y enfermedades de trabajo, automóvil o cualquier otro seguro.
- Haber recibido servicios elegibles, médicamente necesarios, a través de Essentia Health, que se encuentren cubiertos bajo nuestro programa. *Para consultar la lista de exclusiones, por favor póngase en contacto con nosotros o visite [www.essentiahealth.org](http://www.essentiahealth.org), seleccione "Patients & Visitors" (Pacientes y visitantes), seleccione "Billing and Financial Assistance" (Facturación y Asistencia financiera).*
- Los activos declarables no pueden superar los \$75.000 para un grupo familiar de una persona, o \$150.000 para un grupo familiar de dos o más personas.

**Si Ud. tiene facturas médicas de las siguientes instituciones, por favor marque todas las que correspondan:**

- Essentia Health
  Midwest Medical
  Essentia Health Ambulance

**Por favor indique a continuación todas las personas en su grupo familiar y que se incluyen en su declaración de impuestos. Esto comprende a su cónyuge e hijos menores de 18 años.**

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Esta persona tiene Asistencia Médica? Sí/No - Explique
1.)		Yo	
2.)			
3.)			
4.)			

*\* Si tiene otras personas, por favor agréguelas en una hoja de papel separada y adjunte la hoja a su solicitud*

Se **requiere** que usted solicite Asistencia Médica si los ingresos de su familia caen dentro de las pautas de ingresos del Programa Medicaid del Estado. Por favor, póngase en contacto con el Programa Medicaid de su estado para enviar sus preguntas sobre los requisitos de elegibilidad.

Solicitud de Asistencia Médica ~ ¿Ha incluido la carta de Aceptación/Rechazo de Medicaid?	
Me corresponde (incluyo copia)	No me corresponde

\*Si tiene seguro en el momento de la aprobación y su cobertura cambia o se cancela, deberá presentar prueba de nueva cobertura o una determinación de Medicaid antes de que se hagan otros ajustes.

N.º de cuenta: \_\_\_\_\_ (este es su N.º de fiador de su estado de cuenta de EH)

<b>Documentación de verificación de ingresos requerida (si corresponde)</b> Por favor incluya a TODOS los miembros de su hogar (según lista arriba)	<b>Marque con un círculo si le corresponde/no le corresponde</b> No olvide incluir copias	
<b>Declaración de impuestos federales</b> Declaración de impuestos federales formulario 1040 del año pasado incluyendo el anexo C, E y/o F si corresponde	<b>Me corresponde</b> (copias incluidas)	No me corresponde
<b>Ingresos por empleo (salarios)</b> Últimos 2 meses completos (60 días) de recibos de pago	<b>Me corresponde</b> (copias incluidas)	No me corresponde
<b>Ingresos por SSI, SSDI, RSDI</b> Copia de los 2 estados de cuenta bancarios más recientes mostrando depósitos	<b>Me corresponde</b> (copias incluidas)	No me corresponde
<b>Desempleo / Beneficios por indemnización del trabajador/ Discapacidad</b> Copia de la impresión de antecedentes de pago	<b>Me corresponde</b> (copias incluidas)	No me corresponde
<b>Manutención de cónyuge, menores</b> Copia de los 2 estados de cuenta bancarios más recientes mostrando depósitos	<b>Me corresponde</b> (copias incluidas)	No me corresponde
<b>Pensión, renta vitalicia, beneficios para veteranos</b> Copia de los 2 estados de cuenta bancarios más recientes mostrando depósitos	<b>Me corresponde</b> (copias incluidas)	No me corresponde
<b>Otras fuentes de ingresos (Tribal, Per capita, TANF, MFIP, etc.)</b> Copia de los 2 estados de cuenta bancarios más recientes mostrando depósitos	<b>Me corresponde</b> (copias incluidas)	No me corresponde

**¿No tiene ingresos?** Por favor explique cómo se mantiene en una página por separado. Por ejemplo: cómo cubre los gastos cotidianos como alimentos, gas, vivienda y otros gastos.

<b>Documentación requerida de activos / Otros bienes (si corresponde)</b> Por favor incluya a TODOS los miembros de su hogar (mencionados más arriba)	<b>Marque con un círculo si le corresponde/no le corresponde</b> No olvide incluir copias	
<b>**Cuenta corriente, cuenta ahorro, Flex, HSA, HRA, etc.</b> Copia de los 2 estados de cuenta bancarios más recientes de <u>cada</u> tipo de cuenta	<b>Me corresponde</b> (copias incluidas)	No me corresponde
<b>Otras propiedades (además de su vivienda primaria)</b> Declaración de impuesto inmobiliario de <u>cada</u> propiedad	<b>Me corresponde</b> (copias incluidas)	No me corresponde
<b>Cuentas de retiro e inversión:</b> <b>IRAs, 401Ks, Acciones, Bonos, Seguro de vida, etc.</b> Declaración(es) más reciente(s) de <u>cada</u> cuenta	<b>Me corresponde</b> (copias incluidas)	No me corresponde

**\*\* Para todas las cuentas corrientes, de ahorro, Flex, HSA, HRA, etc., por favor incluya TODAS LAS PÁGINAS INALTERADAS (incluyendo las páginas en blanco) con una EXPLICACIÓN DE TODOS LOS DEPÓSITOS**

**Recordatorios para completar la solicitud:**

- Asegúrese de completar toda la solicitud y responder todas las preguntas.
- Adjunte copias de todos los documentos necesarios (no envíe originales).
- **Firme y feche** la solicitud y devuélvala a Essentia Health a la brevedad posible.
- Todos los planes de pago se mantendrán vigentes en su cuenta mientras se procesa su solicitud al programa; por favor continúe haciendo sus pagos puntualmente.
- Los intentos de cobro seguirán en su cuenta hasta que se devuelva la solicitud con la información completa.

**\*Su solicitud podrá ser denegada si no se presentan todos los datos.\***

**Envíe las solicitudes completas para los mercados del Este, Centro y Oeste a:**  
**Essentia Health**

**Atención: BSC - Financial Assistance**  
**400 E Third Street, Duluth, MN 55805**

**\*\*\* O puede escanear y mandar su información por correo electrónico a [financialassistanceappinfo@essentiahealth.org](mailto:financialassistanceappinfo@essentiahealth.org)\*\*\***

Yo/nosotros por la presente solicito/solicitamos que Essentia Health determine mi elegibilidad para el programa Essentia Health Financial Assistance. Declaro que la información en esta solicitud es veraz y correcta. Entiendo que los datos que entrego serán verificados por Essentia Health como programa auditado, y si se determinase que fueran falsos, se me denegará el programa Essentia Health Financial Assistance. En caso de no completar esta solicitud correctamente y no entregar los documentos respaldatorios se me podrá denegar la solicitud.

**Firma del solicitante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_