

Asistencia financiera

Sanford Health está dedicada a brindar atención médica de calidad a nuestros pacientes. Sabemos que el pago de esos servicios puede ser una gran dificultad financiera para usted en este momento. Por lo tanto, le ofrecemos la oportunidad de solicitar asistencia financiera con nuestro sistema de salud.

Anexa a esta carta encontrará una hoja de cálculo y solicitud para demostrar su condición financiera. Debe llenar por completo este documento para ser tomado en cuenta para nuestro programa de asistencia financiera. Si su situación financiera satisface los criterios establecidos por Sanford Health, podría condonarse una parte o la totalidad del saldo de su cuenta.

Con el fin de procesar esta solicitud, necesitamos:

- **La solicitud anexa contestada en su totalidad**
- **Comprobantes de todos los ingresos (los últimos dos recibos de nómina de todos los asalariados que aporten al ingreso familiar, SS, SSI, SSDI, asistencia pública, ingresos por alquileres, pensión por retiro, beneficios de la VA, desempleo, incapacidad laboral, manutención de menores, pensión por divorcio, etc.)**
- **Una copia de su declaración de impuestos 1040 más reciente, incluyendo todos los anexos**
- **Si no tiene disponible su última declaración de impuestos, necesitaremos uno de los siguientes documentos:**
 - **Carta de concesión de ayuda económica del Seguro Social**
 - **Prueba de exención del Servicio de Recaudación Interna (llame al 800-829-1040 para obtener una copia)**
- **Copia de su valoración de bienes inmuebles del condado para todas sus propiedades**

Sabemos que sus ingresos de registros impositivos previos podrían no reflejar correctamente sus circunstancias actuales. En ese caso, anexe una breve nota que describa su situación financiera actual.

Una vez que hayamos revisado su solicitud, le informaremos de nuestra decisión por escrito dentro de un plazo de 30 días de que la recibamos. Si desea hablar sobre su cuenta o si tiene alguna pregunta, llámenos al (877)629-2999. Nuestro horario de atención es de lunes a jueves de 7 a.m. a 6 p.m., y los viernes de 7 a.m. a 5 p.m.

Para los habitantes de Minnesota que reciban servicios en instituciones de Sanford Health ubicadas en Minnesota: Si siente que no se han resuelto sus inquietudes, comuníquese primero con Servicios Financieros al Paciente de Sanford al (877)629-2999 y denos la oportunidad de tratar de resolver sus inquietudes. Si sigue teniendo inquietudes que no han sido resueltas, puede llamar a la oficina del Fiscal General de MN al (651)296-3353 o al (800)657-3787.

Por favor responda a esta solicitud de información dentro de un plazo de 30 días y devuélvala a nuestra oficina usando el **FAX SEGURO** al (800)544-5967 o envíela por **CORREO** a Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482.

Gracias por su preferencia.

Atentamente,

Sanford Health



Cuentas: _____

Devuelva todas las solicitudes a:

Sanford Health
 PO Box 2010
 Fargo, ND 58122-2482
 (800) 263-2237
 Fax seguro:
 (800) 544-5967

Fecha de envío: _____

Devolver a más tardar: _____

Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre		Fecha de nacimiento		Cónyuge		Fecha de nacimiento	
Dirección				Ciudad		Estado	
Tiempo de residencia en su dirección actual:				Condado		Estado civil	
Años		Meses		Alquiler		Propia	
Teléfono celular		Teléfono del trabajo		Teléfono de casa		Teléfono celular	
				Casado		Soltero	
				Divorciado		Viudo	
Incluya a TODOS los dependientes que vivan en su hogar: (Añada una hoja adicional si la necesita)							
Apellido		Nombre		Inicial intermedia		Fecha de nacimiento	
						N° de Seguro Social	
						Relación con el solicitante	
1.							
2.							
3.							
4.							
Propio				Cónyuge			
N° de Seguro Social				N° de Seguro Social			
Empleado por				Empleado por			
Dirección del negocio				Dirección del negocio			
Ocupación				Ocupación			
Sueldo por hora				Sueldo por hora			
Antigüedad en el empleo:				Antigüedad en el empleo:			
Años		Meses		Años		Meses	
Horas trabajadas por semana				Horas trabajadas por semana			
¿Alguna vez ha declarado bancarrota? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Capítulo 7 <input type="checkbox"/> Capítulo 13							
Fecha de declaración: _____ Fecha de levantamiento: _____							
¿Tiene alguna sentencia o gravamen en su contra? <input type="checkbox"/> Si contestó que sí, escriba la fecha y el motivo: _____							
Nombre:		Cobertura del seguro principal del solicitante		Cobertura del seguro secundario		Cobertura del seguro principal del cónyuge	
Dirección:						Cobertura del seguro secundario	
Suscriptor:							
N° de ID y Grupo:							
Ingreso: Representa las entradas totales de efectivo de todas las fuentes antes de impuestos.							
Bruto mensual propio				Bruto mensual del cónyuge			
Ingreso bruto				Ingreso bruto			
Seguro Social / SSI / SSDI				Seguro Social / SSI / SSDI			
Asistencia pública				Asistencia pública			
Ingreso por alquiler				Ingreso por alquiler			
Jubilación/Pensión				Jubilación/Pensión			
Beneficios para veteranos				Beneficios para veteranos			
Desempleo / Incap. laboral				Desempleo / Incap. laboral			
Del: _____ Al: _____				Del: _____ Al: _____			
Manutención de menores / Pensión por divorcio				Manutención de menores / Pensión por divorcio			
Del: _____ Al: _____				Del: _____ Al: _____			
Otro				Otro			
Especifique:				Especifique:			
TOTAL				TOTAL			
Ingreso bruto mensual combinado							
Ubicación		Monto/Valor		Ubicación		Monto/Valor	
Cuenta de cheques				Certificado de depósito (CD)			
Cuenta de ahorros				Acciones y valores			
Otro				Otro			

Activos / Propiedades	Vehículo automotor	Año / Marca / Modelo		Valor	Saldo del crédito	Titular del gravamen
		Año / Marca / Modelo		Valor	Saldo del crédito	Titular del gravamen
	Equipo recreativo (botes, motonieves, etc.)	Año / Marca / Modelo		Valor	Saldo del crédito	Titular del gravamen
		Año / Marca / Modelo		Valor	Saldo del crédito	Titular del gravamen
	Otros bienes	Dirección, Municipio, Condado			Saldo del crédito	Valor estimado
		Dirección, Municipio, Condado			Saldo del crédito	Valor estimado
Patrimonio familiar	Dirección				Valor estimado	
	Municipio, Condado			Saldo de la hipoteca	Titular del gravamen	
Gastos mensuales	Pago o alquiler de vivienda		Agua y drenaje	Seguro automotriz	Seguro de vida	
	Impuestos sobre propiedades		Teléfono/Celular	Alimentos	Seguro de salud	
	Seguro de propiedades		TV por cable	Gastos por guardería	Medicamentos	
	Calefacción		Pagos de vehículos	Gastos de manutención de menores	Otro/especifique	
	Electricidad		Gastos de transporte	Equipos recreativos		
					TOTAL	
Tarjetas de crédito/Otros gastos	Nombre del acreedor		Dirección		Saldo	Pago mensual
					TOTAL	
	GRAN TOTAL / TARJETAS DE CRÉDITO, OTROS GASTOS Y GASTOS MENSUALES					

¿Qué monto de su factura de Sanford está pagando o puede pagar por mes?

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Comprobantes de todos los ingresos: (2 recibos de nómina de cada asalariado, SS, SSI, SSDI, asistencia pública, ingresos por alquileres, retiro, pensión, beneficios de la VA, desempleo, incapacidad laboral, manutención de menores, pensión por divorcio, u otro).

Copia de su declaración de impuestos 1040 más reciente, incluyendo todos los anexos

Copia de su valoración de bienes inmuebles del condado para todas sus propiedades

CESIÓN DE DERECHOS (Favor de leer detenidamente)

Al firmar abajo, certifico que la información y las declaraciones contenidas en esta solicitud de asistencia financiera y en la documentación que presento son verdaderas, precisas y correctas en la medida de mi conocimiento.

Entiendo que Sanford Health puede hacer solicitudes razonables de información y verificación adicionales en caso necesario.

Entiendo que la información y las declaraciones que he proporcionado serán conservadas de manera confidencial por Sanford Health.

Entiendo que contestar esta solicitud le permitirá a Sanford Health considerar mis circunstancias.

Entiendo que Sanford Health no hace promesa alguna de que la asistencia financiera está garantizada.

Yo/Nosotros certifico(amos) por este medio que la información anterior es correcta, y los autorizo(amos) voluntariamente para que obtengan información crediticia referente a mí/nosotros.

Firma

Fecha

Firma

Fecha