

Sanford Health se enfoca en ofrecer a nuestros pacientes atención médica de calidad. Sabemos que el pago para los servicios puede ser un desafío financiero para usted en este momento. Por eso, le ofrecemos la oportunidad de solicitar ayuda financiera por medio del programa asistencia para el cuidado comunitario ofrecido por nuestro sistema de salud.

Adjunto a esta carta, encontrará una hoja de cálculo / aplicación para que demuestre su condición financiera. Complete este documento en su totalidad para ser considerado en el programa asistencia para el cuidado comunitario. Si su situación financiera se ajusta a los criterios establecidos por Sanford Health, la totalidad o parte del saldo de su cuenta puede ser perdonado.

**Con el fin de procesar esta solicitud se requiere:**

- **El formulario adjunto completo en su totalidad**
  - **Copia de los últimos dos talones de pago para cualquier asalariado que contribuye a los ingresos del hogar**
  - **Copia de su reciente declaración de impuestos**
    - Si trabaja por cuenta propia, por favor incluya Anexo C**
    - Si agricultores, por favor incluya el Anexo F**
- **Si su reciente declaración de impuestos no está disponible, entonces necesitamos uno de lo siguiente:**
  - Carta concediendo el Seguro Social**
  - Prueba de no presentación de declaración de ingresos**

Sabemos que las presentaciones de declaraciones de ingresos anteriores no reflejan adecuadamente sus circunstancias actuales. Si es así, por favor adjunte una breve nota que describa su situación financiera actual.

Una vez que hayamos revisado su solicitud, le comunicaremos nuestra decisión por escrito. Si usted desea discutir su cuenta o tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al (877)629-2999. Nuestro horario es de lunes a jueves 7 a.m. - 6 p.m. y viernes 7 a.m. – 5 p.m.

Los residentes de MN que reciben servicio en centros de salud de Sanford ubicados en Minnesota tienen la opción para enfrentar sus dudas con la Oficina del Procurador General de MN llamando al (651)296-3353 o (800)657-3787.

Favor de responder a esta solicitud de información dentro de 30 días y devuelva la a nuestra oficina por fax seguro al (800)544-5967 o por correo a Sanford Health, Servicios Financieros del Paciente (PFS), PO Box 5074, Sioux Falls, SD 57117-5074.

Atentamente,

Sanford Health



No. de Cuentas: \_\_\_\_\_

Devuelva la solicitud a:

Sanford Health  
 PO Box 2010  
 Fargo, ND 58122-2482  
 (877) 629-2999  
 Secure Fax:  
 (800) 544-5967

Fecha Entregada: \_\_\_\_\_

Regrese antes de: \_\_\_\_\_

**Estado Financiero**

Información demográfica	Nombre		Fecha de Nacimiento		Cónyuge		Fecha de Nacimiento	
	Dirección				Ciudad		Estado	Código Postal
	Tiempo viviendo en residencia		Alquila		País		Indique uno por favor	
	Años	Meses	¿Es de usted?				Casado	Soltero
	Divorciado	Viudo						
	Número de Teléfono Celular		Número de Teléfono del Trabajo		Número de Teléfono de la Casa		Número de Teléfono del Trabajo	
	Favor de poner todos los nombres de los quien viven en su hogar. (Agregué cuantas páginas adicionales sean necesarias).							
	Apellido		Primer Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social		Relación al solicitante
	1.	2.	3.	4.				
	<b>Propio</b>				<b>Pareja</b>			
Número de Seguro Social		Empleado Por		Dirección de trabajo		Oficio		
Dirección de trabajo		Oficio		Sueldo por hora		Sueldo por hora		
¿Cuánto tiene de ser empleado?		Años	Meses	Horas trabajadas por semana		¿Cuánto tiene de ser empleado?		
Años	Meses	Horas trabajadas por semana		Años	Meses	Horas trabajadas por semana		
¿Ha Declarado bacarotta? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Capítulo 7 <input type="checkbox"/> Capítulo 13 <input type="checkbox"/> Fecha de iniciar _____ Fecha de descargo _____								
¿Tiene algún juicio o embargos preventivos archivados contra usted? Si sí, favor de poner fecha e razón _____								
Nombre:		Seguro de solicitante primario		Seguro Secundario		Seguro de cónyuge primario		
Dirección:								
Pertenece:								
Número de group								
<b>Ingreso: Representa dinero recibido en efectivo descontando impuestos.</b>								
<b>Ingreso Propio</b>				<b>Ingreso conyugal</b>				
Salario/Ingreso				Salario/Ingreso				
Seguro Social/SSI/SSDI				Seguro Social/SSI/SSDI				
Asistencia publica				Asistencia publica				
Ingreso de Renta				Ingreso de Renta				
Jubilación o Pensión				Jubilación o Pensión				
Beneficios de Veteranos				Beneficios de Veteranos				
Compensación para Trabajadores/Desempleo				Compensación para Trabajadores/Desempleo				
Empezó	Termino	Empezó	Termino	Empezó	Termino	Empezó	Termino	
Manutención de niños/Pensión alimenticia				Manutención de niños/Pensión alimenticia				
Empezó	Termino	Empezó	Termino	Empezó	Termino	Empezó	Termino	
Otro				Otro				
Indique aqui				Indique aqui				
<b>TOTAL</b>				<b>TOTAL</b>				
<b>Ingreso mensual combinado</b>								
<b>Local</b>		<b>Cantidad/Valor</b>		<b>Local</b>		<b>Cantidad/Valor</b>		
Giros		Certificados de depósitos(CD)		Giros		Certificados de depósitos(CD)		
Ahorros		Acciones y Bonos		Ahorros		Acciones y Bonos		
Otro		Otro		Otro		Otro		

Activos/Propiedad	Auto/Mueble	Año/Marca/Modelo		Valor	Balance de Préstamo	Poseedor del titular			
		Año/Marca/Modelo		Valor	Balance de Préstamo	Poseedor del titular			
	Equipo Recreativo (lancha, moto nieve, etc.)	Año/Marca/Modelo		Valor	Balance de Préstamo	Poseedor del titular			
		Año/Marca/Modelo		Valor	Balance de Préstamo	Poseedor del titular			
	Otros Activos	Dirección/Pais			Balance de Préstamo	Valor Tasado			
		Dirección/Pais			Balance de Préstamo	Valor Tasado			
Bienes Raíces	Dirección				Valor Tasado				
	Pais		Balance de Hipoteca		Poseedor del titular				
Gastos Mensuales	Hipoteca/Renta		Agua/Alcantarillado		Seguro de Auto		Seguro de Vida		
	Impuestos de bienes raices		Teléfono/Celular		Comida		Seguro de Salud		
	Seguro de bienes raices		Cable		Guardería		Medicamentos		
	Energía		Pago de Auto/mueble		Manutención de niños		Otro - indique aqui		
	Electricidad		Gasto de transportación		Equipo Recreacional		TOTAL		
Tarjetas de crédito/Otros gastos	Nombre de Tarjeta		Dirección			Balance		Pago Mensual	
							TOTAL		
GRAN TOTAL / TARJETAS DE CRÉDITO/OTROS GASTOS Y GASTOS MENSUALES									

Referente a la facturación de Sanford, que cantidad puede pagar por mes? \_\_\_\_\_

**Comprobantes requeridos:**

- \_\_\_\_\_ Prueba de toda forma de empleo (por ejemplo: 2 talones de empleo, Seguro Social, SSI, SSDI, Asistencia Publica, ingreso de renta, jubilación, pensión, beneficios para veteranos, Compensación para Trabajadores/Desempleo, Manutención de niños/Pensión alimenticia)
- \_\_\_\_\_ Comprobante de impuestos (por ejemplo: forma 1040 y documentos suplementarios)
- \_\_\_\_\_ Comprobante de impuestos de todas las bienes raices establecidos por el condado

**CESIÓN DE DERECHOS (Favor de leer atentamente)**

Al firmar abajo, certifico que la información y las declaraciones contenidas en esta solicitud de Asistencia para el Cuidado Comunitario y la documentación de apoyo que presento son exactas, verdaderas y correctas a mi mejor conocimiento.

Entiendo que Sanford Health podrá hacer las solicitudes razonables de información adicional y comprobación si es necesario.

Entiendo que la información y las afirmaciones que he dado se mantendrán confidenciales por Sanford Health.

Entiendo que le realización de esta aplicación será posible que Sanford Health considerar mis circunstancias.

Entiendo que Sanford Health hace ninguna representación que la asistencia financiera está garantizada.

Yo/Nosotros certifico/certificamos que la información anterior es correcta y voluntariamente se autoriza que obtengan información de crédito con respecto a mi/nosotros.

\_\_\_ Tengo copias adjuntas de los últimos 2 talones de sueldos para todos los asalariados que contribuyen al ingreso familiar

\_\_\_ He incluido una copia de la declaración de impuestos más reciente o documento equivalente.

\_\_\_ He incluido una copia de la declaración de todos mis bienes raíces.

Firma

Fecha

Firma

Fecha