



## ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL PACIENTE

El Programa de Asistencia Financiera de CentraCare Health se creó con la finalidad de brindar ayuda a los pacientes que no pueden pagar por los servicios recibidos. Si el paciente cumple con las pautas, el programa puede cubrir el monto total de la factura o una parte de los cargos. Si desea que lo consideren para recibir asistencia, llene el formulario de solicitud en su totalidad y firmelo. Luego, envíelo junto con la información solicitada que se muestra a continuación.

Incluya una copia de todos los siguientes documentos que correspondan a su situación:

- Declaración de impuestos federales 1040 más reciente. \*\*

\*\* Si sus ingresos o su empleo han cambiado, deberá proporcionar los comprobantes de sueldo más recientes correspondientes a un mes calendario completo.

- Estado de cuenta bancaria más reciente de usted y de su cónyuge.

- Carta de beneficios/aprobación del Seguro Social.

- Carta de beneficios de pensión.

- Asegúrese de indicar en la solicitud la cobertura del seguro con la que cuenta cada miembro de la familia. (Si corresponde, es posible que lo deriven a fin de realizarle una evaluación para la cobertura de asistencia médica).

Para garantizar que podamos procesar su solicitud de manera más rápida, es importante que se asegure de completar todos los espacios en blanco, de firmar la solicitud y de incluir todos los documentos de respaldo.

Puede devolvernos la solicitud completa por correo electrónico a [financionalassistance@centracare.com](mailto:financionalassistance@centracare.com). De igual modo, puede entregarla en cualquier centro de CentraCare o enviarla por correo postal a:

CentraCare  
Attn Patient Financial Services  
1406 Sixth Ave N  
St. Cloud, MN 56303.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nuestra oficina de facturación:

Servicios financieros para pacientes de CentraCare:  
Teléfono: 320-255-5613 o 844-460-5533 (número gratuito)  
Fax: 320-656-7194

## SOLICITUD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

Para que CentraCare procese su solicitud, es necesario que complete todas las secciones. Asimismo, debe proporcionar los siguientes documentos junto con la solicitud:

- Comprobante de ingresos: declaración de impuestos federales 1040 más reciente.
  - Si sus ingresos o su empleo han cambiado, deberá proporcionar los comprobantes de sueldo más recientes correspondientes a un mes calendario completo.
- Estado de cuenta bancaria más reciente de usted y de su cónyuge.
- Si cuenta con Seguro Social, necesitaremos su carta de beneficios/aprobación actual del Seguro Social.

### Información del solicitante:

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono principal	Dirección de correo electrónico		

### Miembros del grupo familiar e información sobre los ingresos:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	Nombre de la cobertura del seguro
(Solicitante)		Solicitante	

Ingreso mensual del grupo familiar \$ \_\_\_\_\_. Si no reciben ingresos, explique con qué recursos se mantiene el solicitante:

¿Declara sus impuestos? Sí No (encierre una opción)

¿Tiene una cuenta corriente o de ahorros? Sí No (encierre una opción)

**••Si los activos son mayores a \$500,000, usted no es elegible para recibir el beneficio del Programa de Asistencia Financiera.**

### Información sobre los activos:

**Proporcione toda la información referente a los ingresos y activos correspondiente a los miembros de su hogar.**

Cuentas corrientes, cuentas de ahorros, cuentas individuales de jubilación (IRA)/certificados de depósito (CD) u otras cuentas	\$		
Ingresos por pensión/jubilación	\$		
Propiedades (además de su hogar), vehículos recreativos, autocaravanas, botes, motocicletas, etc.	Valor: \$ Monto adeudado: \$		
Otros activos:	\$		

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Además, confirmo que presentaré una solicitud y tomaré las medidas necesarias razonables con el fin de obtener asistencia (asistencia médica, Medicare, seguro, etc.) para pagar los servicios médicos que reciba. El Programa de Asistencia Financiera será el pagador de último recurso. Recurriré a cualquier otra responsabilidad o posible pagador antes de adjudicar el pago al Programa de Asistencia Financiera de CentraCare. Comprendo que la presente solicitud tiene el propósito de que CentraCare verifique si soy elegible para recibir asistencia financiera de acuerdo con criterios definidos. CentraCare se reserva el derecho de hacer excepciones a la política en caso de que se presenten circunstancias financieras inusuales.

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

Firma del cónyuge \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_