

## Solicitud de ayuda financiera

Responda cada pregunta de la forma más completa posible. En caso de necesitar información o documentos adicionales, nos comunicaremos con usted. Incluya una copia de su declaración federal de impuestos más reciente junto con esta solicitud. Si no declaró impuestos, incluya una copia de la declaración de ingresos de su Seguro Social o un comprobante de ingresos. En caso de necesitar información adicional para procesar su solicitud, nos comunicaremos con usted.

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

1. Nombre: \_\_\_\_\_
2. Nombre del paciente (si es menor de 18 años de edad): \_\_\_\_\_
3. Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_
4. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
5. Dirección/Dirección de correo: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
6. Teléfono (particular): \_\_\_\_\_ (laboral): \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_
7. Estado civil actual: Soltero/a \_\_\_ Casado/a \_\_\_ Otro (especificar) \_\_\_\_\_
8. Nombre del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_
9. Dirección del cónyuge/pareja (si es distinta de la del paciente): \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
10. N.º del Seguro Social del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_
11. Fecha de nacimiento del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
12. Nombres y edades de los integrantes de la familia:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
13. ¿Tiene un seguro para cubrir los gastos médicos? \_\_\_\_\_ (S/N) Prima mensual: \$ \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía del seguro de salud: \_\_\_\_\_
14. Acerca de sus facturas médicas, ¿tiene alguna demanda o reclamación del seguro por algún accidente o lesión? \_\_\_\_\_ (S/N).  
Si la respuesta es "sí", indique el nombre y teléfono de su abogado: \_\_\_\_\_
15. Estado de empleo actual: Tiempo completo \_\_\_ Tiempo parcial \_\_\_ Cesante \_\_\_ Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**Complete con información del empleador y salarios actuales o más recientes.**

16. Lugar de empleo: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleo: \_\_\_\_\_  
Salario por hora: \$ \_\_\_\_\_ o salario mensual: \$ \_\_\_\_\_ horas por semana: \_\_\_\_\_
17. Estado de empleo del cónyuge/pareja: Tiempo completo \_\_\_ Tiempo parcial \_\_\_ Cesante \_\_\_ Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**Complete con información del empleador y salarios actuales o más recientes.**

18. Lugar de empleo del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_  
Dirección de empleo del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_  
Salario por hora del cónyuge/pareja: \$ \_\_\_\_\_ o salario mensual: \$ \_\_\_\_\_ horas por semana: \_\_\_\_\_
19. Lista de las fuentes de ingresos mensuales (pensión alimenticia, manutención de menores, intereses/dividendos, seguridad social o discapacidad, desempleo, granja, autónomo, etc.):  
Fuente: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Fuente: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Fuente: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

20. Compra o alquiler de su vivienda: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo ha vivido en esta dirección? \_\_\_\_\_
21. Alquiler mensual: \$ \_\_\_\_\_ Hipoteca mensual: \$ \_\_\_\_\_
22. Costos de servicios públicos mensuales: Gas: \$ \_\_\_\_\_ Electricidad: \$ \_\_\_\_\_ Agua/Alcantarillado: \$ \_\_\_\_\_  
Teléfono: \$ \_\_\_\_\_
23. Otros gastos/obligaciones mensuales (por ej.: facturas médicas, manutención de menores, pensión alimenticia, guardería, impuesto sobre bienes raíces, farmacia, suministros médicos, etc.):
- Gasto: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Gasto: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- Gasto: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Gasto: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Para los fines de este formulario, "HealthPartners" hace referencia a HealthPartners Medical Group, Regions Hospital, Hudson Hospital & Clinics, Westfields Hospital, Lakeview Hospital y cualquier otra entidad que preste servicios en un centro familiar de HealthPartners.

Comprendo que la información que he proporcionado está sujeta a verificación por parte de HealthPartners, a la revisión de agencias federales y estatales, y disponible para otros programas o fines relacionados. También comprendo que mi solicitud y elegibilidad para recibir ayuda financiera están sujetas a las pautas de la entidad de HealthPartners de la que recibí mi atención. Certifico que la información que se indica arriba es verdadera y correcta.

Por la presente, autorizo/autorizamos a HealthPartners para que revise los registros federales y estatales de empleo y el historial de ingresos, incluidos los registros de la Agencia Estatal de Seguridad de Empleo. También AUTORIZO/AUTORIZAMOS a HealthPartners para que obtenga un informe de crédito por medio de una agencia de informes de crédito autorizada. Esta autorización tiene vigencia durante un (1) año a menos que las leyes estatales limiten este período. Es posible que se acepte una fotocopia o copia hecha con papel carbónico de la autorización (de la[s] firma[s] de/de los suscriptor[es]) como el documento original y podría usarse como original duplicado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY:**

Account # \_\_\_\_\_ Date(s) of Service: \_\_\_\_\_

Total Charges: \_\_\_\_\_ Type of Service (inpt/outpt/other): \_\_\_\_\_