



Solicitud de asistencia financiera

Consulte la política de asistencia financiera para conocer los lineamientos de los ingresos. ¿Tiene preguntas acerca de la solicitud? Comuníquese con Servicios financieros para pacientes de Ridgeview al 952.442.8054 o 866.286.9840.

Información del solicitante			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal:		Estado civil*:	
¿Tiene actualmente cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del cónyuge/pareja:		Fecha de nacimiento:	
¿Su cónyuge/pareja tiene actualmente cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Dependientes declarados en sus impuestos federales (incluya páginas adicionales si es necesario)			
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Cobertura de seguro médico actual
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Ingresos del empleo		
¿Usted, su cónyuge/pareja, o sus dependientes tienen ingresos de algún empleo? <input type="checkbox"/> No** <input type="checkbox"/> Sí: complete la información a continuación. Se requiere documentación de los ingresos del empleo. **¿Sin ingresos? Proporcione una explicación de cómo se mantiene en una página separada.		
Nombre	Nombre del empleador	Salario/paga por hora

Ingresos de otra fuente		
¿Usted, su cónyuge/pareja, o dependientes, reciben ingresos de una fuente que no sea laboral? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: complete la información a continuación. Se requiere documentación de los ingresos de otra fuente. Los ingresos incluyen: jubilación/pensión, intereses/dividendos, anualidades, desempleo, ingresos por alquiler, beneficios de veteranos (VA), fideicomisos, seguro social, manutención conyugal, manutención de los hijos, ingresos agrícolas, ingresos militares, salarios ganados por los dependientes o cualquier otro ingreso.		
Nombre	Tipo de ingreso	Monto anual recibido

Información bancaria/activos líquidos

¿Usted, su cónyuge/pareja, o dependientes tienen activos líquidos? No Sí, complete la información a continuación.

Se requiere documentación de la información bancaria/activos líquidos.

Los activos líquidos incluyen bienes en efectivo que se pueden convertir fácilmente en efectivo, como cuentas de ahorro y corrientes, acciones, bonos, certificados de depósito, anualidades y cuentas del mercado monetario.

Tipo de activo	Nombre de la institución financiera	Valor estimado

Gastos del hogar (mensual)

Hipoteca/alquiler	Servicios públicos	Deuda por gastos médicos

Circunstancias especiales* (incluya páginas adicionales si es necesario)

Comparta sus circunstancias especiales*:

--

Lista de verificación de documentación

Incluya la documentación justificativa fotocopiada (si corresponde).

<input type="checkbox"/> Formulario de impuestos federales (más reciente)	<input type="checkbox"/> Estados de cuenta (más reciente)	<input type="checkbox"/> Recibos de sueldo* (más reciente: 3 meses)	<input type="checkbox"/> Comprobante de activos líquidos
<input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo	<input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social*	<input type="checkbox"/> Denegación de asistencia médica*	

*No corresponde a las ubicaciones del Cuerpo Nacional de Servicios de Salud: Ridgeview Clinics en Arlington, Gaylord, Henderson y Winthrop.

Reconocimiento y firma

Reconozco que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Soy consciente de que cualquier información incorrecta, engañosa, faltante o falsa puede revocar retroactivamente mi asignación de asistencia financiera. También se entiende que, al firmar este formulario, permito a Ridgeview verificar todos los elementos enumerados y que he proporcionado toda la documentación necesaria.

Firma del solicitante:	Fecha:
------------------------	--------

Envíe la solicitud de asistencia financiera completa y la documentación justificativa enviando un fax al 952.442.8052 o por correo postal a: Ridgeview, Atención: Servicios financieros para pacientes, 500 S. Maple St., Waconia MN 55387.

For Internal Use

Application has been: Approved Full Approved 75% Approved AGB _____% Denied

Reason for Denial: Requested documents not received Did not apply for Medical Assistance Income exceeds guidelines

Other, explain _____

Reviewer Notes:	Reviewer Notes:
Director Approval:	Director Approval:
Medical Record Number:	
Approval Sent: <input type="checkbox"/>	Approval Sent: <input type="checkbox"/>
Approval Sent: <input type="checkbox"/>	Approval Sent: <input type="checkbox"/>