

APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre de paciente: _____ Fecha de aplicación: _____

Numero de cuenta: _____

Fecha(s) de servicio: _____

Persona Responsable de la Cuenta: _____

Nota: La siguiente información será usado en determinar si usted es elegible para la asistencia financiera. Toda la información que usted dará será confidencial.

Nombre (*apellidos, primer nombre, segundo nombre*): _____

Dirección (*dirección, ciudad, estado, código postal*): _____

Teléfono: _____ Tiempo que ha vivido en su residencia actual: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Nombre de la compañía del trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección del trabajo (*calle, ciudad, estado, código postal*): _____

Ocupación: _____

Si usted tiene una pregunta acerca de la aplicación, por favor en llamar al (507) 646-1399 para asistencia. Northfield Hospital hará una determinación si es elegible por asistencia financiera dentro de quince (15) días de oficina después de haber recibido la aplicación completada.

Archivos adjuntos requeridos:

☐ Denegación / Aprobación de Asistencia Médica

☐ Últimos 3 talones de pago actuales para paciente, padre de familia y / o cónyuge

¿Algún otro síntoma que debamos saber?

APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

El Hospital de Northfield ofrece a todos los pacientes una oportunidad solicitar asistencia financiera para los servicios médicos proporcionados y facturados por nuestra organización.

Requisitos par la elegibilidad:

El paciente debe haber solicitado previamente asistencia medica, y debe proporcionar un prueba escrita de negación de la ayuda. Esta negación se utilizara en el proceso de determinación.

Ingresos:

2026 Guías de Ingresos de Asistencia Financiera

Tamaño de unidad familiar	100%	200%	300%
1	\$15,960	\$31,920	\$47,880
2	\$21,640	\$43,280	\$64,920
3	\$27,320	\$54,640	\$81,960
4	\$33,000	\$66,000	\$99,000
5	\$38,680	\$77,360	\$116,040
6	\$44,360	\$88,720	\$133,080
7	\$50,040	\$100,080	\$150,120
8	\$55,720	\$111,440	\$167,160

1. Para familias que tienen mas de 8 miembros, agrega \$5,680.00 por cada persona adicional.
2. Los nivel es de ingreso por debajo del 200% de las Pautas Federales de Pobreza serán elegibles para recibir asistencia financiera del 100%, si se cumplan todos los demás requisitos.
3. Los nivel es de ingreso entre el 200% - 300% de las Pautas Federales de Pobreza, entonces será n elegibles para recibir un descuento de 50%, si se cumplan todos los demás requisitos.

	SI/NO	Nombre del Dueño	Valor	Cantidad Debido
Bienes Raíces (que no sea su casa)				
Cuenta Bancaria de Cheques				
Cuenta Bancaria de Ahorros				
Bonos				
Vehículo Motorizado (Si tiene mas que uno)				
Barco, Motocicleta, Camper				
Otro				
Valor Total				

(continue)

Miembros que Viven en su Casa:

Por favor escriba los nombres, edades, y relaciones de todas las personas que vivan con usted:

Nombre	Edad	Relación

INFORMACIÓN DE INGRESO:

- Ingreso de ganancia en bruto (total) \$ _____
- 1) Del empleador \$ _____
- 2) Trabajado independiente:
- a) Trabajando en la tierra \$ _____ por mes
- b) Negocios \$ _____ por mes
- 3) Apoyo económico ordenado por la corte:
- a) Hijo / dependiente \$ _____ por mes
- b) Otro \$ _____ por mes
- 4) Otro tipo de ingreso \$ _____ por mes

Otras informaciones en la cual usted desearía dar para hacer una consideración en la aplicación: _____

Toda esta información contenida en la aplicación es verdadera y exacta bajo mis conocimientos.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Regrese esta forma completada a:

Attention: Patient Financial Services
Northfield Hospital + Clinics
2000 North Avenue
Northfield, MN 55057-1697