Northfield Hospital + Clinics

APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINACIERA

Nombre de paciente: _____ Fecha de aplicación: _____

Numero de cuenta: _____

Fecha(s) de servicio: _____

Nota: La siguiente información será usada para determinar si usted califica para la asistencia financiera. Toda la información que usted provea será confidencial.

Nombre *(apellidos, primer nombre, inicial del):* _____

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

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

Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

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

Si usted tiene preguntas acerca de la aplicación, por favor en llame al (507) 646-1399 para asistencia. Northfield Hospital determinará si califica para asistencia financiera en los siguientes quince (15) días hábiles después de haber recibido la aplicación completa.

Adjuntos requeridos:

☐ Denegación / Aprobación de Asistencia Médica

☐ 3 talones de pago más recientes del paciente, padre de familia y / o cónyuge

Northfield Hospital + Clinics

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 denegación de la ayuda. Esta denegación se utilizara en el proceso de determinación.

Ingresos:

Los ingresos deben cumplir con las siguientes pautas:

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 cumplen todos los demás requisitos.
3. Los nivel es de ingreso entre el 200% - 300% de las Pautas Federales de Pobreza, serán elegibles para recibir un descuento de 50%, si se cumplen todos los demás requisitos.

Por favor llene esta sección si tiene alguno de los bienes listados a continuación.

	SI/NO	Nombre del Dueno	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 viven con usted:

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INFORMACIÓN DE INGRESO:

Ingreso bruto mensual promedio ..... $ _____

1) Del empleador ..... $ _____

2) Trabajado independiente:

a) Trabajo agricola ..... $ _____ por mes

b) Negocios ..... $ _____ por mes

3) Apoyo económico ordenado por la corte:

a) Hijo / dependiente ..... $ _____ por mes

b) Otro ..... $ _____ por mes

4) Desempleo / ingresos por compensación laboral $_____ por mes

5) Otro tipo de ingreso ..... $ _____ por mes

Otra información en la cual usted desearía dar para hacer una consideración en la aplicación: _____

_____

_____

_____

Toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y exacta según mi entender.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Regrese esta forma completa a:

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