

## Instrucciones para la Solicitud de Asistencia Financiera

Gracias por su interés en el programa de asistencia financiera de North Memorial Health. Este programa provee asistencia financiera a clientes calificados sin seguro o con seguro insuficiente para servicios de emergencia y médicamente necesarios proporcionados por un hospital de North Memorial Health (NMH) y clínicas dentro del sistema de NMH, incluyendo servicios de facilidad y profesionales ofrecidos por North Memorial Health Hospital, Maple Grove Hospital, transporte de emergencia de NMH y servicios de cuidados paliativos de NMH. Para ser elegible para asistencia financiera, debe presentar una solicitud de asistencia financiera completa, junto con la documentación solicitada, y:

- tener un \*ingreso familiar en o bajo 275% de el \*\*Nivel Federal de Pobreza
- cooperar con NMH si se determina que su aplicación esta incompleta y que se requiere información adicional;
- aplicar para seguro medico (Medical Assistance, MinnesotaCare) si se determina que Ud. podría ser elegible

Conforme al acuerdo del Hospital con el Procurador General de Minnesota, si usted está sin seguro con un Ingreso Familiar anual inferior a \$ 125,000 y no es elegible para la asistencia financiera de NMH, comuníquese con NMH para determinar si un descuento para clientes sin seguro de NMH le puede ser suministrado basado en los servicios proveídos.

El ingreso de la familia será determinado por las declaraciones de impuestos más recientes del año de presentación del impuesto del IRS del Solicitante Primario y de los Miembros de familia dentro del hogar. Si el ingreso de la familia ha cambiado, o si las declaraciones de impuestos no pueden proporcionarse, los ingresos anuales se calcularán anualizando los seis meses previos de ingreso del solicitante principal y miembros de la familia dentro del hogar.

Puede obtener una copia de la Política de Asistencia Financiera de North Memorial Health que describe los programas de asistencia financiera de NMH, la elegibilidad del programa y los servicios cubiertos proporcionados a los clientes elegibles visitando la página de Política de Asistencia Financiera del sitio web de NMH en <https://northmemorial.com/financiam>, O llamando al (763) 581-4980, o al (866) 358-2644.

### Utilice esta tabla como una lista de verificación al completar la solicitud adjunta.

<b>Sección 1</b> Información del Aplicante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las cajas tienen que ser llenadas.</li> <li>• Si usted fue declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, la solicitud debe ser completada por esa persona</li> </ul>
<b>Sección 2</b> Inclusión de miembros de la familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluya a todos los miembros de la familia en el hogar.</li> </ul>
<b>Sección 3</b> Prueba del saldo de activos líquidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por favor envíenos una declaración completa para todos los activos detallados en la sección 3. La declaración(es) debe incluir la fecha de la declaración, el nombre del titular de la cuenta, el valor del activo y el nombre de la institución financiera.</li> </ul>
<b>Sección 4</b> Prueba de cobertura de seguro medico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el Solicitante Primario (Sección 1) o un miembro de la Familia (Sección 2) está sin seguro, se necesita una determinación por escrito de Asistencia Médica y / o MinnesotaCare o documentación relacionada con la exención de la Ley de Cuidado de la Affordable Care Act o una solicitud de Asistencia Médica o MinnesotaCare puede ser requerido.</li> <li>• Si el Solicitante Primario (Sección 1) o un Miembro Familiar (Sección 2) tiene seguro, se requiere una copia del frente y reverso de la tarjeta de seguro para cada persona asegurada en la solicitud de asistencia financiera.</li> </ul>
<b>Sección 5,6,7,8</b> Prueba de ingresos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provee la declaración de impuestos federales del año más reciente, incluyendo los Anexos C, E y F, si corresponde. No envíe declaraciones de impuestos de W2 o del estado. Para obtener una copia de su declaración federal, llame al 800-829-0922.</li> <li>• Provee el talón de pago más reciente del Solicitante Primario y todos los Miembros de la Familia en el hogar.</li> <li>• Si el Solicitante Primario y los Miembros de la Familia no tienen ingresos, debe completar una declaración de vivienda.</li> </ul>

<b>APLICACION</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La información de la solicitud debe coincidir exactamente con la documentación de apoyo.</li><li>• Por favor envíe fotocopias claras de toda la documentación requerida. No envíe originales, ya que no serán devueltos.</li><li>• La solicitud se tiene que completar completamente.</li><li>• La solicitud tiene que ser firmada y fechada por el Solicitante Primario.</li></ul>
-------------------	---

Si no está seguro de cual documentación debe de incluir en su solicitud, o si necesita cualquier otra asistencia, comuníquese con el número de teléfono apropiado a continuación:

**North Memorial Health/Maple Grove Hospital**  
**(763)581-4980 or (866) 358-2644**

**North Memorial Transportation**  
**(763)581-9930 or (800)535-6720**

Fiador / Cuenta #:

## Solicitud de Asistencia Financiera

1. **SOLICITANTE PRIMARIO:** (Si aplica para un menor de edad, ingrese SU nombre aquí, y liste el niño en la Sección 2 abajo) Todas las cajas deben ser llenadas y coincidir exactamente con la documentación de apoyo.

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Marital
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Seguridad Social		Teléfono Particular		Otro teléfono

### 1. MIEMBRO(S) DE FAMILIA VIVENDO EN SU HOGAR:

NOMBRE(Nombre, Apellido)	Fecha de Nacimiento	Relación con Ud.

### 2. POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE LISTA DE BIENES QUE TIENE PARA EL SOLICITANTE PRIMARIO Y TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DENTRO DEL HOGAR Y PROVEE LA DOCUMENTACIÓN DE APOYO.

**\*\* DOCUMENTOS REQUERIDOS DE VERIFICACIÓN DE ACTIVOS \*\*:** USTED DEBE PROVEER SU MÁS RECIENTE (S) DECLARACIÓN (ES) VERIFICANDO EL SALDO / VALOR DE CADA ACTIVO QUE SE ENCUENTRA A CONTINUACIÓN. CADA DECLARACIÓN DEBE IDENTIFICAR CLARAMENTE EL TITULAR DE LA CUENTA DEL ACTIVO..

Tipo de Activo	Fecha de declaración	Nombre de la cuenta	Valor del activo	Institución financiera
Cuentas de cheques y ahorros				
Acciones / Bonos / Certificado de Depósito / Cuentas del Mercado Monetario / Fondos Mutuos				
Cuentas de retiro(401K/ 403B)/ IRAs				

Salud Jubilación / Salud				

Yo (Nosotros) no tengo (tenemos) ninguno de los activos listados, incluyendo cuentas de cheques y ahorros.

**3. INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO:** Por favor conteste las siguientes preguntas para usted, como el solicitante principal y los miembros de la familia listados en la Sección 2. Adjunte una copia de la tarjeta de seguro de cada persona, si aplica.

<b>** DOCUMENTACIÓN DE SEGURO DE SALUD REQUERIDA **:</b> Si cualquiera de los listados en esta solicitud no tiene seguro médico (Asistencia Médica, MinnesotaCare, Medicare u Otro), explique por escrito en la Sección 9 por qué no se obtuvo un seguro y una carta de determinación válida de Medical Assistance / MinnesotaCare para esa persona, o documentación con respecto a la exención de los Reglamentos de la Affordable Care .	
<b>Por favor, envíe una copia de la parte delantera y trasera de la tarjeta de seguro de la lista de cada persona que está cubierta por ese seguro.</b>	
¿Tiene Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	¿Su Esposo(a) tiene Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B
¿Alguien tiene asistencia médica o MinnesotaCare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Si es Si, ¿Quién tiene asistencia médica o MinnesotaCare?
¿Alguien tiene seguro médico adicional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Si es Si, ¿Cuál es el nombre y número de teléfono del seguro médico y quien está cubierto?

**3. VERIFICACIÓN DEL EMPLEO:** Por favor complete y proporcione el detalle / talón más reciente del cheque de pago para el Solicitante Primario y todos los Miembros de la Familia que estén empleados dentro del hogar.

a. Nombre del Empleado	b. Empleador/ Nombre del Negocio	c. Salario por hora / Salario anual	d. Horas trabajadas por semana	d. Propinas
APLICANTE PRIMARIO				

**4. VERIFICACIÓN DE INGRESOS:** Adjunte copias de las declaraciones de impuestos del IRS 1040 o 1040A incluyendo los horarios C, E y F del año de presentación de impuestos más reciente para el solicitante principal y todos los miembros de la familia dentro del hogar. Si no hay una declaración de impuestos disponible, debe completar la Sección 7..

Yo (nosotros) no he (hemos) presentado una declaración de impuestos para el año de presentación de impuestos más reciente.

**5. Si una declaración de impuestos actual para todos los miembros de la familia dentro del hogar no puede ser proveída, o su ingreso familiar ha cambiado, desde la declaración de impuestos del año reciente, provee los siguientes Ingresos familiares para el solicitante principal y todos los miembros de la familia en el hogar:**

FUENTES DE INGRESOS	CANTIDAD – SEIS MESES ATRAS	FUENTES DE INGRESOS	CANTIDAD-SEIS MESES ATRAS
Intereses y Dividendos Imponibles		Rentas / Regalías / Fincas / Fideicomisos	
Pensión alimenticia		Compensación de desempleo	
Ingreso de auto-empleo		Compensación de trabajadores	
Seguridad social y discapacidad		Asistencia educacional	
Pensión y Retiro		Asistencia publica	
Pagos de veteranos		Otra ayuda financiera	

**\*\* DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN REQUERIDOS PARA OTRAS FUENTES DE INGRESO \*\*:**

- ❖ **SEGURIDAD SOCIAL, SSI, PENSIÓN, DESEMPLEO y COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR:** Envíe su prueba de beneficios o carta de premio mostrando cuánto recibe cada mes.
- ❖ **TODAS LAS OTRAS FUENTES DE RENTA:** Proveer (1) documentos fiscales que muestren los ingresos recibidos, o (2) alguna otra forma de documentación "oficial" que verifique el ingreso y la fuente. Una copia de su estado de cuenta bancaria no es aceptable como prueba de ingresos.

**6. SI EL SOLICITANTE NO TIENE INGRESO REPORTADO, SE DEBE LLENAR UNA DECLARACIÓN DE APOYO AL EXTERIOR. POR FAVOR LLAME A NUESTRA OFICINA PARA OBTENER UNA DECLARACIÓN DE ALBERGUE O OBTenga UNA COPIA DE LA PÁGINA DE POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE NUESTRO SITIO WEB**

<https://northmemorial.com/financial-assistance> .

**7. Si tiene otros factores que desea que consideremos con su solicitud o necesita espacio adicional para proveer información, escriba la información que aparece a continuación o utilice una hoja adicional.**


**\*\*\*\*\* ANTES DE REGRESAR ESTA APLICACION, ASEGURESE DE ADJUNTAR TODA LA DOCUMENTACION COMO ESTA PEDIDO EN CADA SECCION \*\*\*\*\***

Reconozco que la información de esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la mala representación de la información en esta solicitud podría resultar en el rechazo de la solicitud de asistencia financiera.

<b>FECHA:</b>	<b>FIRMA DEL APLICANTE PRIMARIO:</b> <b>X</b>
---------------	--

**Espere 30 días para su procesamiento. La aplicación incompleta no puede ser procesada. Usted recibirá una notificación por correo de nuestra decisión.**

Aplicaciones completas incluyendo toda la información y documentación requerida debe de ser suministrado para la determinación de elegibilidad para asistencia financiera a:

- Enviar por correo: **North Memorial Hospital – Financial Assistance, 3300 Oakdale Avenue North, Robbinsdale, MN 55422, or**
- Entregar en persona en las siguientes localidades:
  - NMH Admitting Departments
  - North Memorial Health – Financial Assistance, 3500 France Avenue North, Suite 106, Robbinsdale, MN 55422
  - North Memorial Health Transportation, 4501 68<sup>th</sup> Avenue North, Brooklyn Center, MN 55429

---

**\* Ingreso familiar:** El ingreso familiar se determina a partir de la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos al calcular las pautas federales de pobreza: Incluye ganancias, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguridad Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, Prestaciones de supervivencia, prestaciones de invalidez, renta de pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías y bienes y fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de menores, asistencia financiera de fuera del hogar y otras fuentes diversas;

1. Los beneficios no monetarios (como los cupones para alimentos y los subsidios a la vivienda) no cuentan;

2. Determinado sobre una base antes de impuestos;

3. Excluye ganancias o pérdidas de capital; y

4. Si una persona vive con una familia, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia (No-familiares, como los compañeros de casa, no cuentan).

**\*\* Directrices Federales de Pobreza (FPG):** El FPG establece los niveles de ingreso anual para la pobreza según lo determinado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y se actualiza anualmente en el Federal Register.