

## Instrucciones de Solicitud de Asistencia Financiera

Gracias por su interés en el programa de asistencia financiera de North Memorial Health. Este programa brinda asistencia financiera a clientes calificados sin seguro o con seguro insuficiente para servicios de emergencia y médicamente necesarios proporcionados por un hospital y/o una clínica de North Memorial Health (NMH) dentro del sistema de NMH, incluidos los servicios de instalaciones y profesionales ofrecidos por North Memorial Health Hospital, Maple Grove Hospital, transporte de emergencia de NMH y servicios de hospicio de NMH. Para ser elegible para recibir asistencia financiera, debe enviar una solicitud de asistencia financiera completamente completa junto con la documentación solicitada y:

- Los saldos deben estar dentro de los 365 días del primer estado de cuenta posterior al alta que recibió para ese saldo
- Tener un \*Ingreso familiar igual o inferior al 300% del \*\*Nivel federal de pobreza
- Solicitar un seguro médico (Asistencia Médica, MinnesotaCare) si determina que puede ser elegible
- Cooperar con NMH si se determina que su solicitud está incompleta y se necesita información adicional.

Los ingresos familiares se determinarán según las declaraciones de impuestos del año de presentación de impuestos del IRS más reciente del solicitante principal y los dependientes dentro del hogar. Si el ingreso familiar ha cambiado, o si no se pueden proporcionar declaraciones de impuestos, el ingreso anual se calculará anualizando los ingresos de los seis meses anteriores del solicitante principal y los dependientes 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 clientes elegibles, visitando la página de la Política de asistencia financiera del sitio web de NMH en <https://northmemorial.com/financiamiento-asistencia>, o llamando al (763) 581-0911, o al (866) 494-2900.

<b>Utilice esta tabla como una lista de verificación al completar la solicitud adjunta.</b>	
<b>Sección 1</b> Información del aplicante	<input type="checkbox"/> Todas las cajas deben ser llenadas. <input type="checkbox"/> Si usted fue reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, la solicitud debe ser completada por esa persona.
<b>Sección 2</b> Inclusión del Dependiente	<input type="checkbox"/> Incluya a todos los miembros de la familia en el hogar por los cuales usted es financieramente responsable. <input type="checkbox"/> Los dependientes mayores de 18 años solo se considerarán en el cálculo del tamaño de la familia si figuran en la declaración de impuestos del año anterior. Cualquier niño mayor de 18 años deberá presentar una solicitud por separado.
<b>Sección 3</b> Prueba del saldo de activos líquidos	<input type="checkbox"/> Envíenos un estado de cuenta completo de todos los activos detallados en la Sección 3. Los estados de cuenta deben incluir la fecha del estado de cuenta, el nombre del titular de la cuenta, el valor actual del activo y el nombre de la institución financiera. Un resumen bancario de su cuenta no es aceptable.
<b>Sección 4</b> Prueba de Cobertura de Seguro	<input type="checkbox"/> Si alguna de las personas que figuran en la solicitud está asegurada, se necesita una copia del anverso y el reverso de la tarjeta del seguro para cada persona asegurada en la solicitud de asistencia financiera. <input type="checkbox"/> Si alguien que figura en la solicitud no está asegurado, se puede requerir una determinación por escrito de Asistencia Médica o MinnesotaCare, o documentación relacionada con la exención de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, o se puede requerir una solicitud de Asistencia Médica o MinnesotaCare.
<b>Sección 5,6,7,8</b> Prueba de ingresos	<input type="checkbox"/> Proporcione la declaración de impuestos federales del año más reciente, incluidos los Anexos C, E y F, si corresponde. No envíe formularios W2 o declaraciones de impuestos estatales. Para obtener una copia de su declaración federal, llame al 800-829-0922. <input type="checkbox"/> Proporcione los detalles/talones de pago más recientes del solicitante principal y todos los miembros de la familia en el hogar. <input type="checkbox"/> Si el solicitante principal y los miembros de la familia no tienen ingresos, se debe completar una declaración de refugio. <input type="checkbox"/> Si cobra Seguro Social, pensión, anualidades o desempleo, indique esa información (Sección 7) y envíe prueba de ingresos brutos. Los estados de cuenta bancarios que muestren depósitos netos no son aceptables como prueba de ingresos.
<b>SOLICITUD</b>	<input type="checkbox"/> La información de la solicitud debe coincidir exactamente con la documentación de respaldo. <input type="checkbox"/> Envíe fotocopias claras de toda la documentación requerida. No envíe originales, ya que no serán devueltos. <input type="checkbox"/> La solicitud debe ser completada en su totalidad, firmada y fechada por el solicitante principal.

Si está inseguro sobre que documentación debe de incluir con su solicitud o si necesita alguna otra asistencia, por favor contacte el número apropiado debajo:

**North Memorial Health Care/Maple Grove Hospital**  
**(763) 581-0911**

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

## Solicitud de Asistencia Financiera

**\*\*Indique la entidad para la que tiene saldos y está solicitando asistencia financiera para:**

- North Memorial Health Hospital/Clinic  
  Maple Grove Hospital  
  Medical Transportation  
 North Memorial Outpatient Pharmacy  
  Reference Lab

**1. SOLICITANTE PRINCIPAL:** (Si solicita para un niño menor, escriba **SU** nombre aquí y en liste al niño como un dependiente en la sección 2 abajo)

Nombre	N.I.	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Marital
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
¿Es Ciudadano Americano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguro Social		Teléfono de casa		Otro teléfono

**2. PERSONAS VIVIENDO CON USTED DE LAS CUALES ES FINANCIERAMENTE RESPONSABLE:**

¿Tiene un cónyuge o algún dependiente que viva en su casa?  
 No  
 Si – Si es SÍ, llene abajo

\*Necesitamos considerar a todos sus dependientes domésticos cuando se revise la asistencia financiera

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

**3. COMPLETE LA SIGUIENTE LISTA DE BIENES QUE TIENE PARA EL SOLICITANTE PRINCIPAL Y TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA MENCIONADOS EN LA SECCIÓN 2 DENTRO DEL HOGAR Y PROPORCIONE LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO.**

**\*\*DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN DE ACTIVOS REQUERIDOS\*\*:** DEBE PROPORCIONAR SU(S) DECLARACIÓN(ES) MÁS RECIENTE(S) QUE VERIFIQUE(N) EL SALDO/VALOR DE CADA ACTIVO INDICADO A CONTINUACIÓN. CADA DECLARACIÓN DEBE IDENTIFICAR CLARAMENTE AL TITULAR DEL ACTIVO, FECHA Y NOMBRE DE INSTITUTION.

Tipo de activo	Fecha de declaración	Nombre del propietario de la cuenta	Valor del activo	Institución financiera
Cuentas de cheques/ahorros				
Acciones/Bonos/Certificado de Depositos (CD)/Acciones del Mercado Monetario/401K/403B/IRA				
HRA/HSA				

Yo (nosotros) no tengo (temenos) ninguno de los activos enumerados incluidas las cuentas bancarias.

**4. INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO** Por favor responda las siguientes preguntas por usted mismo, así como a todos los que usted mencionó arriba en la Sección 2 y adjunte una copia de la tarjeta de seguro de cada persona.

**\*\* DOCUMENTACIÓN DE SEGURO MEDICO REQUERIDA \*\*:** Si cualquiera de los listados en esta solicitud no tiene cobertura médica (Asistencia Médica, Cuidado de MN, Medicare u Otro). Proporcione por escrito una explicación de por qué no se obtuvo el seguro y una carta de determinación válida y actual de MN Care para esa persona, o documentación con respecto a la exención de Affordable Care Act Regulations.

**Por favor envíe una copia de la parte delantera y la parte trasera de su tarjeta de seguro de la lista de cada persona que está cubierto por ese seguro.**

¿Tiene Medicare? No  Parte A  Parte B  ¿Su cónyuge tiene Medicare? No  Parte A  Parte B

¿Alguien tiene Asistencia Médica y/o Minnesotacare?  No  Yes Si Sí, ¿quién tiene MA o MN Care?

¿Alguien tiene seguro médico adicional?  No  Si Si es Sí, ¿cuál es el nombre y número de teléfono del seguro y quién está cubierto?

**5. VERIFICACIÓN DE EMPLEO:** complete y proporcione los detalles/talones de pago de su cheque de pago más reciente para el solicitante principal y todos los miembros de la familia enumerados en la Sección 2 que están empleados en el hogar.

a. Nombre del Empleado	b. Nombre del empleador/Empresa	c. Pago por hora/Salario	d. Horas trabajadas por semana	d. Propinas
Solicitante Principal				

**6. VERIFICACIÓN DE INGRESOS:** Adjunte copias de las declaraciones de impuestos del IRS 1040 o 1040A, incluidos los anexos 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 una declaración de impuestos no está disponible, debe completar la Sección 7.

Yo (Nosotros) no presento una declaración de impuestos. Proporcione el detalle/talón de cheque de pago de 6 meses para el solicitante principal y los miembros de la familia empleados.

**7. Si no se puede proporcionar una declaración de impuestos actual para todos los miembros de la familia enumerados en la Sección 2 dentro del hogar, o si su ingreso familiar ha cambiado desde la declaración de impuestos del año reciente, proporcione los siguientes ingresos familiares para el solicitante principal y todos los miembros de la familia enumerados en la Sección 2 en el hogar:**

FUENTES DE INGRESO	MONTO - ÚLTIMO SEIS MESES	FUENTES DE INGRESO	MONTO - ÚLTIMO SEIS MESES
Intereses gravables y dividendos		Rentas/Regalías/Sucesiones/Fideicomisos	
Alimenticia/Manutención infantil		Desempleo	
Trabajo por Cuenta Propia		Compensación al trabajador	
Seguro Social y Discapacidad		Asistencia Educativa	
Pensión y Jubilación		Asistencia Pública	
Pagos para veteranos		Otra asistencia financiera	

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

**\*SEGURO SOCIAL, SSI, PENSIÓN, DESEMPLEO y COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR:** Envíe su declaración de prueba de beneficios o carta de adjudicación que muestre cuánto recibe cada mes. Requerimos cantidades de ingresos brutos. Un resumen bancario de los ingresos netos no es aceptable.

**\*TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS:** Proporcione (1) documentos fiscales que demuestren los ingresos recibidos o (2) alguna otra forma de documentación "oficial" que verifique los ingresos y la fuente. Una copia de su extracto bancario no es aceptable como prueba de ingresos.

**8. SI EL SOLICITANTE NO TIENE FUENTE DE INGRESOS, DEBE COMPLETAR UNA DECLARACIÓN DE APOYO AL VIVIENDA. LLAME A NUESTRA OFICINA PARA OBTENER UNA DECLARACIÓN DE VIVIENDA U OBTENER UNA COPIA EN LA PÁGINA DE POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE NUESTRO SITIO WEB <https://northmemorial.com/financial-assistance>**

---

9. Si tiene factores adicionales que le gustaría que consideráramos con su solicitud, o si necesita espacio adicional para proporcionar información, enumere la información a continuación o use una hoja de papel adicional.


---

<b>***** ANTES DE DEVOLVER ESTA APLICACIÓN, ASEGÚRESE DE QUE HA ADJUNTADO TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN LA SECCIÓN *****</b> Las solicitudes incompletas no pueden ser procesadas.	
Reconozco que la información de esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la representación errónea de la información en esta solicitud podría resultar en la denegación de su solicitud de asistencia financiera.	
<b>DATE:</b>	<b>FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL:</b> <b>X</b>

**Por favor de un plazo de 30 días para el proceso. Las solicitudes incompletas no pueden ser procesadas. Usted recibirá una notificación por correo de nuestra decisión.**

Las solicitudes completas, incluida toda la información y la documentación requerida, deben enviarse para la determinación de elegibilidad de asistencia financiera a:

- Correo: North Memorial Hospital – Asistencia financiera, 3300 Oakdale Avenue North, Robbinsdale, MN 55422
- Correo electrónico: [FAA@NorthMemorial.com](mailto:FAA@NorthMemorial.com)
- Entrega en persona en los siguientes lugares:
  - o Departamentos de admisión de NMH
  - o Oficina comercial de North Memorial Health, 3500 France Avenue North, Suite 106, Robbinsdale, MN 55422
  - o Transporte de salud de North Memorial, 4501 68th 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 ingresos, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, beneficios por discapacidad, ingreso de pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías y sucesiones y fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de niños, asistencia financiera de fuera del hogar y otras fuentes misceláneas;

1. Los beneficios que no son en efectivo (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan;
2. Determinado 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 (los que no son parientes, como los compañeros de casa, no cuentan).

**\*\*Pautas Federales de Pobreza (FPG):** Las FPG establecen los niveles de ingresos anuales por pobreza según lo determina el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y se actualizan anualmente en el Registro Federal.