NORTH MEMORIAL HEALTH

Spanish

Instrucciones para la 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 que cumplen los requisitos y que no cuentan con seguro médico o tienen una cobertura insuficiente, para servicios de emergencia y médicamente necesarios prestados por los hospitales y las instalaciones clínicas de North Memorial Health (NMH) dentro del sistema de NMH. Esto incluye los servicios hospitalarios y profesionales que prestan los hospitales de North Memorial Health, el transporte de emergencia y los servicios de cuidados paliativos. Para ser elegible para la asistencia financiera, debe presentar una solicitud de asistencia financiera debidamente completada junto con la documentación requerida y cumplir los siguientes requisitos:

- Tener saldos correspondientes a servicios prestados dentro de los 365 días posteriores a la primera declaración de facturación que haya recibido después del alta por dichos saldos.
- Tener un *ingreso familiar igual o inferior al 300 % del **Nivel Federal de Pobreza.
- Solicitar seguro médico (Medical Assistance o MinnesotaCare) si se determina que podría ser elegible.
- Cooperar con NMH si se determina que su solicitud está incompleta y se requiere información adicional.

El ingreso familiar se determinará según las declaraciones de impuestos del año fiscal más reciente presentadas ante el IRS por el solicitante principal y los dependientes del hogar. Si el ingreso familiar ha cambiado o si no se pueden proporcionar las declaraciones de impuestos, el ingreso anual se calculará anualizando los ingresos de los seis meses anteriores del solicitante principal y los dependientes 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, los requisitos de elegibilidad y los servicios cubiertos que se prestan a los clientes elegibles, al visitar la página de la Política de Asistencia Financiera en el sitio web de NMH en https://northmemorial.com/financial-assistance, o llamar al (763) 581-0911 o al (866) 494-2900.

Utilice esta tabla como lista de verificación al completar la solicitud adjunta.	
Sección 1 Datos del solicitante	☐ Complete todas las casillas**.** ☐ Si fue declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, dicha persona debe completar la solicitud.
Sección 2 Inclusión de dependientes	☐ Incluya a todos los miembros del hogar por quienes sea responsable económicamente. ☐ Incluya a los dependientes mayores de 18 años en el cálculo del tamaño de la familia únicamente si figuran en la declaración de impuestos del año anterior. Cualquier hijo mayor de 18 años debe presentar una solicitud por separado.
Sección 3 Comprobante de saldo de activos líquidos	☐ Envíe un estado de cuenta completo de todos los activos indicados en la Sección 3. Los estados de cuenta deben incluir la fecha de emisión, el nombre del titular de la cuenta, el valor actual del activo y el nombre de la institución financiera. No se aceptarán resúmenes bancarios.
Sección 4 Comprobante de cobertura de seguro	☐ Si alguna persona incluida en la solicitud no cuenta con seguro médico, presente, según corresponda, una resolución por escrito de Medical Assistance o MinnesotaCare, documentación relativa a la exención de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act), o una solicitud de Asistencia Médica o MinnesotaCare. Antes de considerar la solicitud de asistencia financiera, los solicitantes deben procurar obtener cobertura de seguro médico.
Secciones 5, 6, 7 y 8 Comprobante de ingresos	☐ Proporcione la declaración federal de impuestos más reciente, incluidos los Anexos 1, C, E y F, según corresponda. **No envíe formularios W-2 ni declaraciones de impuestos estatales**. ☐ Si no presentó una declaración federal de impuestos, proporcione copias de los recibos de pago de los últimos seis meses. ☐ Proporcione el recibo o talón de pago más reciente del solicitante principal y de todos los miembros del hogar. ☐ Si el solicitante principal y los miembros del hogar no tienen ingresos actuales, complete una Declaración Jurada de Ausencia de Ingresos. ☐ Si recibe Seguro Social, una pensión, anualidades o seguro de desempleo, detalle esa información en la sección 7 y proporcione un comprobante de dichos ingresos. No se aceptarán estados de cuenta bancarios que muestren depósitos netos. ☐ Asegúrese de marcar todas las declaraciones juradas según corresponda.
SOLICITUD	☐ Asegúrese de que la información de la solicitud coincida exactamente con la documentación de respaldo. ☐ Envíe fotocopias claras de toda la documentación requerida. No envíe documentos originales, ya que no serán devueltos. ☐ Complete la solicitud en su totalidad y haga que el solicitante principal la firme y coloque la fecha.

NORTH MEMORIAL HEALTH

Garante/Nro. de cuenta(s):

Solicitud de asistencia financiera

Seleccione las entidades en las que tiene un saldo pendiente y para las cuales solicita asistencia financiera:

☐ Hospital/Clínica de North Memorial Health ☐ Maple Grove Hospital ☐ Transporte médico

☐ Farmacia ambulatoria de North Memorial ☐ Cuidados paliativos y atención médica en el hogar de North Memorial Health

1. SOLICITANTE PRINCIPAL: Complete su información personal a continuación. Si solicita asistencia financiera para un menor de edad, ingrese el nombre de **USTED** aquí e incluya al menor en la sección 2.

Nombre completo		Fecha de nacimiento	Teléfono principal	
Dirección	Ciudad		Estado	Código postal
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo (Marque una opción) ☐ Casado ☐ Separado	Nombre del cónyuge o pareja		Fecha de nacimiento	

2. MIEMBROS DE LA FAMILIA: Indique todos los dependientes que declaró en su declaración federal de impuestos.

Nombre (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco con usted

3. VERIFICACIÓN DE ACTIVOS: Complete la siguiente lista de activos del solicitante principal y de todos los miembros de la familia indicados en la sección 2. Adjunte la documentación de respaldo correspondiente a cada activo incluido en la lista.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA VERIFICACIÓN DE ACTIVOS

Debe presentar los estados de cuenta más recientes que verifiquen el saldo o valor de cada activo detallado a continuación. Cada estado de cuenta debe identificar claramente al titular de la cuenta, la fecha del estado de cuenta, el nombre de la institución y el número de cuenta. No oculte ni censure ninguna información e incluya todas las páginas de los estados de cuenta. La falta de páginas, la ausencia de datos identificativos o la información censurada darán lugar a una nueva solicitud de información.

Tipo de activo *(ejemplos)*	Fecha del estado de cuenta	Nombre del titular de la cuenta	Saldo de la cuenta	Entidad financiera
- Cuentas corrientes - Cuentas de ahorro - Cuentas del mercado monetario				
- Acciones/Bonos - Certificados de depósito - Fondos de inversión - IRA				
- Cuenta de jubilación para la salud (HRA) - Cuenta de ahorros para la salud (HSA)				

☐ **Declaro que ni yo ni ningún otro miembro del hogar poseemos ninguno de los activos enumerados anteriormente, incluidas cuentas corrientes y de ahorros.**

4. INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO: Responda las siguientes preguntas para usted, como solicitante principal, y para todos los miembros de la familia indicados en la sección 2.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA DEL SEGURO MÉDICO Si alguna de las personas incluidas en esta solicitud no tiene cobertura médica (Medical Assistance, MinnesotaCare, Medicare u otro seguro), **explique por escrito en la sección 9 por qué no obtuvo cobertura.** Es posible que se requiera una carta de resolución vigente de Medical Assistance o MinnesotaCare para esa persona, o documentación relacionada con la exención de las disposiciones de la Ley de Cuidado de Salud Asequible.
¿Tiene Medicare? (Marque todas las opciones que correspondan) ☐No ☐Sí: parte A ☐Sí: parte B
¿Su cónyuge tiene Medicare? (Marque todas las opciones que correspondan) ☐No ☐Sí: parte A ☐Sí: parte B
¿Alguien cuenta con Medical Assistance o MinnesotaCare? ☐No ☐Sí
En caso afirmativo, ¿quién en el hogar cuenta con Medical Assistance o MinnesotaCare?
¿Alguien cuenta con otro seguro médico? ☐No ☐Sí
En caso afirmativo, indique el nombre de la aseguradora, el nro. de identificación de afiliado y quiénes en el hogar están cubiertos.

5. VERIFICACIÓN DE EMPLEO: Complete la siguiente información y proporcione el recibo o talón de pago más reciente del solicitante principal y de todos los miembros de la familia indicados en la sección 2 que estén empleados.

Nombre del trabajador	Nombre de la empresa o del empleador	Salario por hora o salario anual	Horas trabajadas a la semana	Bonos

6. VERIFICACIÓN DE INGRESOS: Adjunte copias de la declaración de impuestos del IRS (formulario 1040 o 1040A), incluidos los Anexos 1, C, E y F del año fiscal más reciente, presentados por el solicitante principal y todos los miembros de la familia del hogar. Si no puede proporcionar una declaración de impuestos o si los ingresos del hogar han cambiado desde la presentación de la declaración de impuestos más reciente, proporcione los recibos o talones de pago detallados de los últimos seis meses del solicitante principal y de los miembros de la familia que estén empleados, y marque la siguiente declaración jurada.

☐ **Declaro que ni yo ni ningún otro miembro del hogar presentamos una declaración de impuestos.**

7. VERIFICACIÓN DE OTROS INGRESOS: Complete la siguiente sección con cualquier otra fuente de ingresos que reciban el solicitante principal o los miembros del hogar**.**

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA DE FUENTES DE INGRESOS

SEGURO SOCIAL, SSI, PENSIÓN, DESEMPLEO E INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO: Adjunte un comprobante de beneficios o una carta de concesión que indique cuánto recibe cada mes. Se requieren los ingresos brutos. No se aceptarán estados de cuenta bancarios que muestren ingresos netos.

TODAS LAS DEMÁS FUENTES DE INGRESOS: Proporcione un documento que lo acredite, como documentos fiscales que muestren los ingresos recibidos o documentación oficial que verifique los ingresos y su fuente. No se aceptará un estado de cuenta bancario como comprobante de ingresos.

Fuentes de ingresos	Monto: últimos seis meses	Fuentes de ingresos	Monto: últimos seis meses
Pensión alimenticia		Alquileres, regalías, patrimonio, fideicomisos	
Pensión alimenticia		Compensación por desempleo	
Ingresos por trabajo independiente		Indemnización por accidentes de trabajo	
Seguro Social e incapacidad		Asistencia educativa	
Pensiones y jubilación		Asistencia pública	
Pagos para veteranos de guerra		Otro	

8. EL SOLICITANTE NO HA DECLARADO INGRESOS: Si indicó anteriormente que el solicitante principal y los miembros de la familia del hogar no tienen empleo ni otros ingresos durante los últimos seis meses, complete la siguiente declaración jurada e incluya una explicación de cómo cubren sus gastos de manutención, como alimentos y vivienda.

☐ **Declaro que ni yo ni ningún otro miembro del hogar tenemos ingresos, incluidos ingresos por empleo o de cualquier otro tipo.**

9. INFORMACIÓN ADICIONAL: (Opcional) Si desea que consideremos alguna circunstancia adicional al revisar su solicitud, o si necesita espacio adicional para proporcionar información, incluya los detalles a continuación o adjunte una hoja por separado.

ANTES DE ENVIAR ESTA SOLICITUD, ASEGÚRESE DE HABER ADJUNTADO TODA LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA, SEGÚN SE INDICA EN CADA SECCIÓN.

Reconozco que, a mi leal saber y entender, la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa en esta solicitud podría dar lugar a la denegación de mi solicitud de asistencia financiera.

Firma del solicitante principal:	**Fecha:**

Permita un plazo de 30 días para procesar su solicitud. Las solicitudes incompletas no se procesarán. Se le notificará nuestra decisión por correo postal.

Puede enviar las solicitudes completas, incluida toda la documentación requerida, por los siguientes medios:

- MyChart: Complete la solicitud a través de su cuenta de MyChart. Una vez que haya iniciado sesión en MyChart, seleccione Asistencia Financiera (Financial Assistance) en el menú.
- Correo postal: North Memorial Business Office – 3500 France Avenue North, Suite 106, Robbinsdale, MN 55422
- Correo electrónico: FAA@NorthMemorial.com
- Fax: (763) 581-4491
- Entrega en persona en los siguientes lugares:
    - Departamento de Admisión de North Memorial Health, Robbinsdale Hospital
    - Departamento de Admisión de North Memorial Health, Maple Grove Hospital
    - Oficina Administrativa de North Memorial Health, 3500 France Avenue North, Suite 106, Robbinsdale, MN 55422
    - Servicios de Ambulancia de North Memorial Health, 4501 68th Avenue North, Brooklyn Center, MN 55429

Si tiene preguntas sobre la documentación que debe incluir con su solicitud o necesita ayuda adicional, comuníquese con el departamento correspondiente:

- **Hospitales y Clínicas de North Memorial Health**
    - (763) 581-0911 o (866) 494-2900
    - FAA@NorthMemorial.com
- **Servicios de Ambulancia de North Memorial Health**
    - (763) 581-9930 o (800) 535-6720

***Ingreso familiar:** El ingreso familiar se determina con base en la definición de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, que utiliza los siguientes tipos de ingresos para calcular las pautas federales de pobreza: ganancias derivadas del trabajo, compensación por desempleo, indemnización por accidentes de trabajo, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), asistencia pública, pagos para veteranos de guerra, beneficios para sobrevivientes, beneficios por incapacidad, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, patrimonio y fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de menores, asistencia financiera externa al hogar y otras fuentes diversas.

- Los beneficios no monetarios, como los cupones de alimentos y los subsidios de vivienda, no se contabilizan.
- Se determina antes de impuestos (ingreso bruto).
- Se excluyen las ganancias o pérdidas de capital.
- Si una persona vive con su familia, se incluyen los ingresos de todos los miembros de ella. Los miembros del hogar que no sean parientes, como los compañeros de casa, no se contabilizan.

*****Pautas Federales de Pobreza (FPG):** Las FPG establecen los niveles de ingresos anuales que se utilizan para determinar la condición de pobreza, según lo establece el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y se actualizan anualmente en el Federal Register.