

Solicitud de asistencia financiera

Incluya en esta solicitud las copias correspondientes de su declaración federal de impuestos sobre los ingresos más reciente, los comprobantes de pago de los últimos 60 días, la carta de beneficios del seguro social o la carta de beneficios de desempleo. No envíe los documentos originales.			Seleccione la entidad: <input type="checkbox"/> Amery Hospital & Clinic <input type="checkbox"/> Hutchinson Health	
Nombre		Fecha de nacimiento		Número de teléfono del hogar
Dirección		Ciudad		Estado
				Código postal
Otros familiares (cónyuge o dependientes)				
Nombre			Fecha de nacimiento	
Nombre			Fecha de nacimiento	
Nombre			Fecha de nacimiento	
Nombre			Fecha de nacimiento	
Nombre			Fecha de nacimiento	
Información del seguro				
¿Tiene un seguro para cubrir los gastos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Seguro primario			Seguro secundario	
Nombre de la compañía de seguros			Nombre de la compañía de seguros	
Fecha de entrada en vigencia		Número de grupo	Fecha de entrada en vigencia	
			Número de grupo	
Número de póliza			Número de póliza	
Situación laboral				
Solicitante (marque todo lo que corresponda)			Otros miembros del hogar (marque todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado-Seguro social <input type="checkbox"/> Jubilado-Pensión <input type="checkbox"/> Asistencia a los ingresos <input type="checkbox"/> Sin ingresos			<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado-Seguro social <input type="checkbox"/> Jubilado-Pensión <input type="checkbox"/> Asistencia a los ingresos <input type="checkbox"/> Sin ingresos	
Información sobre los ingresos para miembros del hogar				
SOLICITANTE			OTROS MIEMBROS DEL HOGAR	
Tipo	Ingreso anual, salario y h/semanal		Tipo	Ingreso anual, salario y h/semanal
Salarios			Salarios	
Desempleo			Desempleo	
Seguro social			Seguro social	
Pensión			Pensión	
Asistencia a los ingresos			Asistencia a los ingresos	
Pensión alimenticia			Pensión alimenticia	
Manutención de menores			Manutención de menores	
Lea y firme: se requiere la firma y la fecha para procesar su solicitud — Tiene 30 días para completar esta solicitud; si no puede completar esta solicitud dentro de los 30 días, es bienvenido a hacerlo en cualquier momento.				
A los fines de esta solicitud de ayuda financiera, "HealthPartners" incluye cualquier hospital, clínica u otro centro de prestación de atención afiliado a HealthPartners, incluidos, entre otros, los siguientes: Hospitals: Amery Hospital & Clinic (WI), Hutchinson Health Certifico que la información que se indica arriba es verdadera y correcta. Comprendo que la información que he proporcionado está sujeta a verificación por parte de HealthPartners, a la revisión de agencias federales y estatales, y disponible para otros programas o fines relacionados. También comprendo que mi solicitud y elegibilidad para recibir ayuda financiera pueden estar sujetas a las pautas específicas de la ubicación en la que recibí mi atención.				
Firma			Fecha	

Cómo solicitar nuestro programa de ayuda financiera

Al llenar esta solicitud, es importante que nos proporcione información actual sobre seguros, ingresos y activos, incluso si su situación tiene cambios desde que se generaron sus facturas. La elegibilidad se basa en los activos e ingresos actuales de su núcleo familiar. Envíe la solicitud y las verificaciones de ingresos a la entidad correspondiente:

Amery Hospital & Clinic

P.O. Box 773221

Detroit, MI 48277-3221

Correo electrónico: hpfinancionalassistance@healthpartners.com

Teléfono: 715-268-8000 • Fax: 952-993-2770

Hutchinson Health

P.O. Box 773219

Detroit, MI 48277-3219

Correo electrónico: hpfinancionalassistance@healthpartners.com

Teléfono: 320-484-4493 • Fax: 952-993-2270

Preguntas frecuentes

• ¿Cómo puedo reunir los requisitos para el programa de ayuda financiera?

Revisamos su solicitud, la documentación de activos e ingresos solicitados y la cantidad de integrantes de la familia para determinar si reúne los requisitos para un descuento. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nosotros.

• ¿Qué ingresos deben incluirse en la solicitud de ayuda financiera?

Si está casado, se incluyen los ingresos de ambos cónyuges. Se requiere comprobante de separación conyugal. Si alguien le reclama su declaración de impuestos, debe enviar también la información sobre sus ingresos.

• ¿Puedo solicitar ayuda financiera si tengo seguro?

Sí, el descuento se aplica después de que recibamos el pago de su compañía de seguros.

• ¿Mis servicios reunirán los requisitos para un descuento financiero?

No todos los servicios son elegibles para nuestro programa de ayuda financiera. Algunas exclusiones son servicios cosméticos, optativos y no médicamente necesarios. También se excluyen los saldos que pagaría un seguro como Medicare, Medicaid, del automóvil, de compensación laboral o seguro de responsabilidad civil.