

## Solicitud de ayuda 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, el estado financiero más reciente que respalde las tenencias de activos líquidos, la carta de beneficios del seguro social y/o la carta de beneficios de desempleo. No envíe los documentos originales.

**Seleccione la entidad:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> HealthPartners Clinic Stillwater                  | <input type="checkbox"/> Park Nicollet Health Services |
| <input type="checkbox"/> HealthPartners Hospice                            | Methodist Hospital                                     |
| <input type="checkbox"/> HealthPartners Medical Group                      | Methodist Hospital Homecare & Hospice                  |
| <input type="checkbox"/> Hudson Hospital & Clinic                          | Park Nicollet Clinic                                   |
| <input type="checkbox"/> Lakeview Homecare & Hospice                       | Park Nicollet Health Care Products                     |
| <input type="checkbox"/> Lakeview Hospital                                 | TRIA Orthopedics                                       |
| <input type="checkbox"/> Olivia Hospital & Clinic                          | <input type="checkbox"/> Regions Hospital & Clinic     |
| <input type="checkbox"/> St. Francis Ambulatory Surgery & Endoscopy Center | <input type="checkbox"/> Westfields Hospital & Clinic  |

Nombre		Fecha de nacimiento		Número de teléfono del hogar	
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Estado civil (marque una opción)	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Nombre del cónyuge/de la pareja			Fecha de nacimiento
	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado legalmente				

**Dependientes incluidos en los impuestos federales (Si usted está incluido como dependiente, revise la sección "Preguntas Frecuentes" para más información)**

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación

**Información del seguro**

¿Tiene un seguro vigente para cubrir los gastos médicos? ☐ No ☐ Sí (notifique a nuestra oficina sobre cualquier cambio en el seguro)

Nombre de la compañía de SEGURO PRIMARIA		Nombre de la compañía de SEGURO SECUNDARIA	
Fecha de vigencia	Número de grupo	Fecha de vigencia	Número de grupo
Número de póliza		Número de póliza	

**Situación laboral**

Solicitante (marque todo lo que corresponda)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empleado                | <input type="checkbox"/> Desempleo         |
| <input type="checkbox"/> Jubilado: seguro social | <input type="checkbox"/> Jubilado: pensión |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a los ingresos    | <input type="checkbox"/> Sin ingresos      |

Cónyuge (marque todas las opciones que correspondan)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empleado                | <input type="checkbox"/> Desempleo         |
| <input type="checkbox"/> Jubilado: seguro social | <input type="checkbox"/> Jubilado: pensión |
| <input type="checkbox"/> Ayuda a los ingresos    | <input type="checkbox"/> Sin ingresos      |

**Información bancaria/activos líquidos**

Los activos líquidos incluyen dinero en efectivo de propiedades que se puede convertir fácilmente en dinero en efectivo, como cuentas de ahorros y cuentas corrientes, acciones, bonos, certificados de depósito, anualidades inmediatas/de vida y cuentas del mercado monetario.

¿Tiene algún activo líquido? ☐ No ☐ Sí, indíquelo en los siguientes campos:

Tipo de activo	Nombre de la institución financiera	Valor estimado

**Información sobre los ingresos de todos los miembros de la familia que obtengan ingresos (solicitante, cónyuge, pareja, etc.)**

SOLICITANTE		CÓNYUGE		PAREJA	
Tipo	Ingreso anual, salario y h/semanal	Tipo	Ingreso anual, salario y h/semanal	Tipo	Ingreso anual, salario y h/semanal
Salarios		Salarios		Salarios	
Desempleo		Desempleo		Desempleo	
Seguro social		Seguro social		Seguro social	
Pensión		Pensión		Pensión	
Ayuda a los ingresos		Ayuda a los ingresos		Ayuda a los ingresos	
Pensión alimenticia		Pensión alimenticia		Pensión alimenticia	
Manutención de menores		Manutención de menores		Manutención de menores	

Otros ingresos (explique):

**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:

**Grupos médicos:** HealthPartners Medical Group, Park Nicollet Clinic, HealthPartners Clinic Stillwater

**Hospitales:** Hudson Hospital & Clinic (WI), Lakeview Hospital, Olivia Hospital & Clinic, Park Nicollet Methodist Hospital, Regions Hospital & Clinic, Westfields Hospital & Clinic (WI)

**Otros:** TRIA Orthopedics, St. Francis Ambulatory Surgery & Endoscopy Center

Certifico que la información que se indica arriba es verdadera y correcta. Entiendo que la información que he proporcionado está sujeta a verificación por parte de HealthPartners y puede ser usada 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 debidamente cumplimentada y los comprobantes de ingresos a:

**HealthPartners Clinic Stillwater**

P.O. Box 773217

Detroit, MI 48277-3217

Correo electrónico: [hpfinancialassistance@healthpartners.com](mailto:hpfinancialassistance@healthpartners.com)

Teléfono: 651-439-6528 • Fax: 952-993-2770

**Olivia Hospital & Clinic**

P.O. Box 773217

Detroit, MI 48277-3217

Correo electrónico: [hpfinancialassistance@healthpartners.com](mailto:hpfinancialassistance@healthpartners.com)

Teléfono: 320-523-8300 • Fax: 952-993-2770

**HealthPartners Medical Group - Clinics**

P.O. Box 773217

Detroit, MI 48277-3217

Correo electrónico: [hpfinancialassistance@healthpartners.com](mailto:hpfinancialassistance@healthpartners.com)

Teléfono: 651-265-1999 • Fax: 952-993-2770

**Park Nicollet Health Services**

P.O. Box 773217

Detroit, MI 48277-3217

Correo electrónico: [hpfinancialassistance@healthpartners.com](mailto:hpfinancialassistance@healthpartners.com)

Teléfono: 952-993-7672 • Fax: 952-993-2770

**Hudson Hospital & Clinic**

P.O. Box 773217

Detroit, MI 48277-3217

Correo electrónico: [hpfinancialassistance@healthpartners.com](mailto:hpfinancialassistance@healthpartners.com)

Teléfono: 715-531-6200 • Fax: 952-993-2770

**Regions Hospital**

P.O. Box 773217

Detroit, MI 48277-3217

Correo electrónico: [hpfinancialassistance@healthpartners.com](mailto:hpfinancialassistance@healthpartners.com)

Teléfono: 651-254-4791 • Fax: 952-993-2770

**Lakeview Homecare & Hospice**

P.O. Box 773217

Detroit, MI 48277-3217

Correo electrónico: [hpfinancialassistance@healthpartners.com](mailto:hpfinancialassistance@healthpartners.com)

Teléfono: 952-977-3616 • Fax: 952-993-2770

**St. Francis Ambulatory Surgery & Endoscopy Center**

P.O. Box 773217

Detroit, MI 48277-3217

Correo electrónico: [hpfinancialassistance@healthpartners.com](mailto:hpfinancialassistance@healthpartners.com)

Phone: 952-883-7360 • Fax: 952-993-2770

**Lakeview Hospital**

P.O. Box 773217

Detroit, MI 48277-3217

Correo electrónico: [hpfinancialassistance@healthpartners.com](mailto:hpfinancialassistance@healthpartners.com)

Teléfono: 651-430-4533 • Fax: 952-993-2770

**Westfields Hospital & Clinic**

P.O. Box 773217

Detroit, MI 48277-3217

Correo electrónico: [hpfinancialassistance@healthpartners.com](mailto:hpfinancialassistance@healthpartners.com)

Teléfono: 715-243-2600 • Fax: 952-993-2770

## 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.