

## 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.

**Seleccione la entidad:**

<input type="checkbox"/> Amery Hospital & Clinic	<input type="checkbox"/> Park Nicollet Health Services
<input type="checkbox"/> HealthPartners Dental Group	<input type="checkbox"/> Methodist Hospital
<input type="checkbox"/> HealthPartners Hospice	<input type="checkbox"/> Methodist Hospital Homecare & Hospice
<input type="checkbox"/> HealthPartners Medical Group	<input type="checkbox"/> Park Nicollet Clinic
<input type="checkbox"/> Hudson Hospital & Clinic	<input type="checkbox"/> Park Nicollet Health Care Products
<input type="checkbox"/> Hutchinson Health	<input type="checkbox"/> TRIA Orthopedics
<input type="checkbox"/> Lakeview Homecare & Hospice	<input type="checkbox"/> Physicians Neck & Back Center
<input type="checkbox"/> Lakeview Hospital	<input type="checkbox"/> Regions Hospital & Clinic
<input type="checkbox"/> Olivia Hospital & Clinic	<input type="checkbox"/> Stillwater Medical Group
	<input type="checkbox"/> Westfields Hospital & Clinic

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

Dependientes incluidos en los impuestos federales		
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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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	Información bancaria/activos líquidos												
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	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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, indíquelo en los siguientes campos: <table border="0"> <tr> <td>Tipo de activo</td> <td>Nombre de la institución financiera</td> <td>Valor estimado</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Tipo de activo	Nombre de la institución financiera	Valor estimado	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
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

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, Stillwater Medical Group

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

**Otros:** Physicians Neck & Back Center, TRIA Orthopedics, HealthPartners Dental Group.

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

Patient Financial Services  
265 Griffin St. E.  
Amery, WI 54001  
Correo electrónico:  
amcfinancialcounseling@amerymedical.com  
Teléfono: 715-268-8000 • Fax: 715-268-0261

### HealthPartners Medical Group - Clinics

Mailstop: 25508B PO Box 1309  
St. Paul, MN 55101  
Correo electrónico:  
HPMGFinacialCounselor@HealthPartners.com  
Teléfono: 651-265-1021 • Fax: 952-883-9620

### Hutchinson Health

1095 Hwy 15 S.  
Hutchinson, MN 55350  
Correo electrónico: HHBillingInquiries@HutchHealth.com  
Teléfono: 320-484-4493 • Fax: 320-484-4694

### Lakeview Hospital

927 W. Churchill Street  
Stillwater, MN 55082  
Teléfono: 651-430-4533 • Fax: 651-430-8591

### Park Nicollet Health Services

3800 Park Nicollet Blvd.  
PFS-FA/5050  
St. Louis Park, MN 55416  
Correo electrónico: CustSerFinAsst@ParkNicollet.com  
Teléfono: 952-993-7672 • Fax: 952-993-0770

### Regions Hospital

Mailstop: 11102S  
640 Jackson Street  
St. Paul, MN 55101  
Correo electrónico: RegionsBilling@HealthPartners.com  
Teléfono: 651-254-4791 • Fax: 651-254-1684

### Westfields Hospital & Clinic

535 Hospital Road  
New Richmond, WI 54017  
Correo electrónico: WFBilling@HealthPartners.com  
Teléfono: 715-243-2600 • Fax: 715-243-2786

### HealthPartners Dental

Mailstop: 21113A  
8170 33rd Ave. S.  
Bloomington, MN 55423  
Correo electrónico:  
HealthPartnersDentalFinancialAssistance@HealthPartners.com  
Teléfono: 952-967-6636 • Fax: 952-883-5160

### Hudson Hospital & Clinic

405 Stageline Road  
Hudson, WI 54016  
Correo electrónico: pfs@hudsonhospital.org  
Teléfono: 715-531-6200 • Fax: 715-531-6201

### Lakeview Homecare & Hospice

5803 Neal Avenue N.  
Oak Park Heights, MN 55082  
Correo electrónico: HomecareHospiceBilling@HealthPartners.com  
Teléfono: 651-430-8709 • Fax: 651-430-8505

### Olivia Hospital & Clinic

100 Healthy Way  
Olivia, MN 56277  
Correo electrónico: ohcbilling@HealthPartners.com  
Teléfono 1: 320-523-3452. Teléfono 2: 320-523-8308 • Fax: 320-523-8349

### Physicians Neck & Back Center

NW6211 PO Box 1450  
Minneapolis, MN 55485  
Correo electrónico: PNBCBusinessOffice@PNBCOnline.com  
Teléfono: 651-631-4248 • Fax: 320-534-3191

### Stillwater Medical Group

Oficina administrativa  
1500 Curve Crest Blvd.  
Stillwater, MN 55082  
Correo electrónico: smgbusinessoffice@lakeview.org  
Teléfono: 651-439-6528 • Fax: 651-351-0827

## 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.