

Asistencia financiera

Sanford Health está dedicada a brindar atención médica de calidad a nuestros pacientes. Sabemos que el pago de esos servicios puede ser una gran dificultad financiera para usted en este momento. Por lo tanto, le ofrecemos la oportunidad de solicitar asistencia financiera con nuestro sistema de salud.

Encontrará adjunta con esta carta una solicitud que demuestra su estado financiero. Debe llenar por completo este documento para ser tomado en cuenta para nuestro programa de asistencia financiera. Si su situación financiera satisface los criterios establecidos por Sanford Health, podría condonarse una parte o la totalidad del saldo de su cuenta.

Además, junto con la solicitud completa, agregue lo siguiente:

- **Copia de su última declaración federal de impuestos 1040, incluyendo todos los anexos O BIEN, la prueba de exención del IRS (vaya al sitio web del IRS en www.irs.gov).**

Y UNO DE LOS SIGUIENTES:

- **Copia de los últimos dos recibos de nómina de todos los asalariados que aporten al ingreso familiar.**
- **Carta de concesión de ayuda económica del Seguro Social o último 1099 si recibe el seguro social (si recibe el seguro social además de tener otro ingreso, proporcione pruebas del ingreso adicional).**

Sabemos que sus ingresos de registros impositivos previos podrían no reflejar correctamente sus circunstancias actuales. En ese caso, anexe una breve nota que describa su situación financiera actual, junto con cualquier cambio pertinente.

Una vez que hayamos revisado su solicitud, le informaremos de nuestra decisión por escrito dentro de un plazo de 30 días de que la recibamos. Si su situación financiera cambió desde que presentó la solicitud original, puede presentar una apelación en el plazo de 30 días desde la fecha de la carta de determinación. Si desea hablar sobre su cuenta, tiene alguna pregunta o quisiera consultar sobre una apelación, llame a los Servicios Financieros al Paciente de Sanford al (877) 629-2999. Nuestro horario de atención es de lunes a jueves de 7 a.m. a 6 p.m., y los viernes de 7 a.m. a 5 p.m.

Para los habitantes de Minnesota que reciban servicios en instituciones de Sanford Health ubicadas en Minnesota: Si siente que no se han resuelto sus inquietudes, comuníquese primero con Servicios Financieros al Paciente de Sanford al (877)629-2999 y denos la oportunidad de tratar de resolver sus inquietudes. Si sigue teniendo inquietudes que no han sido resueltas, puede llamar a la oficina del Fiscal General de MN al (651) 296-3353 o al (800) 657-3787.

Por favor responda a esta solicitud de información dentro de un plazo de 30 días y devuélvala a nuestra oficina usando el **FAX SEGURO** al (800)544-5967 o envíela por **CORREO** a Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482.

Gracias por su preferencia.

Atentamente,

Sanford Health

Solicitud de Asistencia Financiera

Información demográfica

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____
 Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____
 Estado civil: ___ Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Viudo ___
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono celular (personal): _____ Teléfono celular (cónyuge): _____ Teléfono de casa: _____

Incluya a todos los dependientes menores de 18 años que vivan en su hogar.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ingresos

Propio	Ingreso bruto mensual	Cónyuge
\$	Ingreso bruto, desempleo, indemnización	\$
\$	Seguro Social/SSI/SSDI	\$
\$	Autoempleo, ingreso por alquiler, regalías, herencias, fideicomisos	\$
\$	Jubilación, pensión, anualidades, beneficios de veteranos	\$
\$	Manutención de menores, manutención por divorcio, asistencia pública	\$
\$	Varios, otros ingresos: _____	\$
\$	Ingreso total (proporcione comprobantes de todos los ingresos)	\$

¿Cuánto de la factura de Sanford pagará o puede pagar por mes? _____

Cesión de derechos (Leer detenidamente)

Al firmar abajo, certifico que la información en esta solicitud y en la documentación de respaldo es precisa y correcta, en la medida de mi conocimiento. Entiendo que la información se mantendrá confidencial y que se me puede solicitar proporcionar información adicional. Entiendo que mi solicitud de asistencia financiera no puede revisarse a menos que se proporcione toda la información solicitada. Sanford Health no ha hecho promesa alguna de que la asistencia financiera está garantizada.

Nombre (en letra imprenta): _____ Firma: _____ Fecha: _____

Cónyuge (en letra imprenta): _____ Firma: _____ Fecha: _____