SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para procesar su solicitud de Asistencia Financiera, todas las secciones deben estar completamente llenas. Incluya los siguientes documentos de respaldo con su solicitud:

Comprobantes de Ingresos:

Una copia de su declaración de impuestos federales más reciente, W-2, talón de pago o carta de beneficios de pensión.

Si sus ingresos o empleo han cambiado, proporcione prueba de sus ingresos del mes calendario completo más reciente.

Estado(s) de Cuenta Bancaria:

Su(s) estado(s) de cuenta bancarios más recientes, tanto del solicitante como del cónyuge (si corresponde).

Seguro Social:

Si recibe beneficios del Seguro Social, proporcione una copia de su carta de beneficios actual o el Formulario SSA-1099 – Declaración de beneficios del Seguro Social.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre:

Inicial del Segundo Nombre:

Apellido:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono Principal:

Correo Electrónico:

MIEMBROS DEL HOGAR (CÓNYUGE/DEPENDIENTES) Y INFORMACIÓN DE INGRESOS

Nombre | Fecha de Nacimiento | Relación con el Solicitante | Empleador | Teléfono del Empleador

(yo mismo)

Ingreso Mensual del Hogar: $_____

Si no tiene ingresos, explique cómo se mantiene:

_____

_____

¿Declaró impuestos el año pasado? Sí / No

¿Tiene cuenta corriente o de ahorros? Sí / No

Fecha de Contratación del Trabajo: _____

INGRESOS MENSUALES

Salarios: _____

Agricultura o Trabajo por Cuenta Propia: _____

Asistencia Pública: _____

Seguro Social: _____

Compensación por Desempleo: _____

Pensión Alimenticia (Alimony): _____

Manutención de Menores: _____

Pensiones: _____

Ingresos por Propiedad en Alquiler: _____

DECLARACIÓN

Declaro que la información proporcionada arriba es verdadera y correcta según mi conocimiento. Entiendo que todas las demás fuentes de pago o pagadores potenciales deben agotarse antes de que pueda otorgarse asistencia financiera. Reconozco que esta solicitud se presenta para que Madison Healthcare determine mi elegibilidad para asistencia financiera

según criterios definidos. MHS se reserva el derecho de hacer excepciones a la política en circunstancias financieras inusuales.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Cónyuge: _____ Fecha: _____

La solicitud completa puede ser enviada por correo electrónico a bthompson@mlhmn.org, entregada en Madison Healthcare o enviada por correo a:

Madison Healthcare Services

Attn: Patient Financial Services

900 2nd Ave

Madison, MN 56256

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina de facturación:

Tel: 320-698-7199 ext. 7181

Fax: 320-598-3470