



## Asistencia financiera

En Sanford Health nos dedicamos a proporcionar atención médica de calidad a nuestros pacientes. Sabemos que el pago de esos servicios puede resultarle difícil de afrontar en este momento. Por ello le ofrecemos la oportunidad de solicitar ayuda financiera con nuestro sistema médico.

Adjunta a esta carta encontrará una solicitud en la que deberá demostrar su situación financiera. Debe completar este documento en su totalidad para que lo consideremos en nuestro programa de asistencia financiera. Si su situación financiera cumple los criterios establecidos por Sanford Health, se podrá condonar parte o la totalidad del saldo de su cuenta.

**Además de la solicitud completada, proporcione los documentos que correspondan de los que figuran abajo:**

- **Copia de su declaración de impuestos federales 1040 más reciente, incluyendo todos los anexos aplicables, O BIEN prueba de no presentación del IRS (llame al (800) 908-9946 para obtener una copia)**
- **Copia de los dos últimos recibos de sueldo de cualquier trabajador que contribuya a los ingresos del grupo familiar**
- **Carta "Social Security Award", o 1099 más reciente si recibe seguro social (Si recibe seguro social y tiene otros ingresos, proporcione prueba de ingresos adicionales)**
- **Estado de cuenta bancario o de fondo de inversión que muestre los datos de operaciones y el saldo actual de la cuenta**

Sabemos que es posible que sus ingresos de registros fiscales anteriores no reflejen adecuadamente sus circunstancias actuales. Si es así, adjunte una breve nota que describa su situación financiera actual, junto con los cambios que proceda.

Cuando hayamos revisado su solicitud, le comunicaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 30 días a partir de la recepción. Si su situación financiera ha cambiado desde que presentó su solicitud original, puede presentar una apelación en un plazo de 30 días a partir de la fecha de su carta de determinación. Si desea hablar de su cuenta, si tiene alguna pregunta o si desea hacer alguna consulta sobre la apelación, comuníquese con Sanford Patient Financial Services llamando al (877) 629-2999. Nuestro horario de atención es de lunes a jueves de 7 a. m. a 6 p. m. y viernes de 7 a. m. a 5 p. m.

Para residentes en Minnesota que reciben servicios en los centros de Sanford Health de Minnesota: Si cree que no se han tratado sus preocupaciones, comuníquese en primer lugar con Patient Financial Services de Sanford llamando al (877) 629-2999 y denos la oportunidad de intentar resolver sus preocupaciones. Si sigue teniendo preocupaciones que no se hayan tratado, puede comunicarse con la oficina del Attorney General de Minnesota llamando al (651) 296-3353 o al (800) 657-3787.

Responda a esta solicitud de información en un plazo de 30 días y devuélvala a nuestra oficina por **FAX SEGURO** al (800) 544-5967 o por **CORREO** a: Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482. Si no devuelve la solicitud de asistencia financiera en un plazo de 30 días, entenderemos que renuncia a participar en el programa de asistencia financiera de Sanford.

Atentamente,

Sanford Health



Envíe la solicitud a:  
 Sanford Health  
 PO Box 2010  
 Fargo, ND 58122-2482  
 O  
 Fax seguro: 800-544-5967

## Solicitud de asistencia financiera

### Datos demográficos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil (marque la casilla): Soltero \_\_\_\_ Casado \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono celular (propio): \_\_\_\_\_ Teléfono celular (cónyuge): \_\_\_\_\_ Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_

### Mencione a todos los dependientes menores de 18 años que viven en su grupo familiar.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Información sobre el seguro (marque la casilla):** Con seguro \_\_\_\_ Sin seguro \_\_\_\_ Compartición de costos \_\_\_\_

Si tiene empleo, ¿cuánto tiempo lleva en su lugar de trabajo? \_\_\_\_\_

¿Qué parte de su factura de Sanford está pagando/puede pagar cada mes? \_\_\_\_\_

### Ingresos

Propios	Ingresos brutos mensuales	Cónyuge
\$	Ingresos brutos/desempleo/compensación laboral	\$
\$	Seguro social/SSI/SSDI	\$
\$	Trabajo por cuenta propia/ingresos por alquiler/regalías/inmuebles/fideicomisos	\$
\$	Jubilación/pensión/anualidades/beneficios para veteranos	\$
\$	Manutención de menores/manutención del cónyuge/asistencia pública	\$
\$	Varios/otros ingresos: _____	\$
\$	<b>Ingresos totales (proporcione prueba de todos los ingresos)</b>	\$

**Activos**

Tipo de cuenta	Institución financiera	Cantidad/valor
Corriente		
Ahorros		
Mercado monetario		

Cualquier otra información que quiera que consideremos:

---



---



---



---



---



---



---



---

Adjunte una hoja adicional si es necesario.

Doy fe de que he adjuntado a mi solicitud completada los siguientes documentos requeridos:

- Declaración de impuestos (Federal 1040) o prueba de no presentación
- Carta "Social Security Award" (si procede)
- 2 recibos de sueldo por cada asalariado
- Estados de cuenta bancarios o de fondos inversión

**Asignación de derechos (Leer atentamente)**

Firmando abajo, certifico que la información de esta solicitud y de la documentación adicional es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que se mantendrá la confidencialidad de la información y que es posible que se me pida información adicional. Entiendo que no se puede revisar mi solicitud de asistencia financiera si no proporciono toda la información solicitada. Sanford Health no ha declarado en ningún momento que la asistencia financiera esté garantizada.

Nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_