

Central Business Office
Suite 600
6300 Shingle Creek Parkway
Brooklyn Center, MN 55430
763-782-6400 Phone

Estimado/a Pacienta:

Se adjuntó es una aplicación para el programa de caridad de la comunidad para los médicos de la Universidad de Minnesota. Ese programa le ayuda cuando no puede pagar para servicios médicos. Es solo para cargos de los médicos de la universidad de Minnesota. No se aplica para cargos de la facilidad, del dentista ni de la anestesiología. Es solo para servicios médicos que necesita para que mantenga su salud.

Para aplicar, mándenos las cosas siguientes con la aplicación llenada:

1. Una copia de la presentación 1040 de los ingresos más reciente.
2. Una copia de sus ingresos de los que no paga los ingresos, como: seguridad social, sustento para los niños, remuneración de accidentes de obra, seguro de paro o incapacidad.
3. Copias de los estados de cuenta corriente y de ahorros para los días 90 últimas. Incluya el último estado de cuenta de algunos certificados de depósitos.
4. Registros de ahorros o cajas de jubilación, renta anual, y planes de 401K, 401A, o 403B.
5. Una copia de la respuesta del condado que dice si aprovechó o negó a Vd. para los programas de asistencia medica de Minnesota. No tramitamos su aplicación hasta asistencia médica o Minnesota Care aprovechó o negó a Vd.
6. Copias de sus tarjetas de seguridad médica.

Usted necesita devolver la aplicación incluida y mandarnos copias de las cosas en la lista entre 30 días de esa carta. Llámenos a 763-782-6634 o sin cargos a 1-800-317-8840 si no nos puede devolver las formas antes de esa fecha. Call us at 763-782-6634 or toll free 1-800-317-8840 if you cannot return the forms before this date. Sin todos datos, tal vez no califique para el programa.

Gracias por elegir los Médicos de la Universidad de Minnesota para su salud. Es nuestro privilegio y placer a cuidar de usted.

Atentamente,
Servicios Financieros de Pacientes

Central Business Office
Suite 600
6300 Shingle Creek Parkway
Brooklyn Center, MN 55430
763-782-6400 Phone

University of Minnesota Physicians – Community Care Application

Información del paciente (incluya a todos en su familia que aplican para descuento)

Nombre:	Cumpleaños:	Número de cuenta:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Datos de contactar:

Nombre: _____ Teléfono #: ____ - ____ - ____ Seguridad Social #: ____ - ____ - ____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código: _____

Miembros de familia: _____ (Todos que viven con Usted. Debería ser el mismo con la presentación de los impuestos.).

Asistencia Medica/Aseguranza Medica:

Sujete una copia de la respuesta del condado que dice si aprovechó o negó a Vd. para los programas de asistencia medica de Minnesota.

Fecha de aplicar: _____ Condado de aplicar: _____ ¿Se aprovechó Vd.?: _____

Nombre de trabajador social: _____ Teléfono #: _____

¿Tiene seguridad medica? _____ Si tiene, denos una copia de su tarjeta de seguridad.

Financial Information:

Incluya las cosas siguientes con esa forma. Guardamos su registro de confianza.

1. Una copia de su presentación 1040 para los impuestos más reciente.
2. Una copia de sus estados de ingresos del año pasado que de los que no paga los ingresos, como: seguridad social, sustento para los niños, remuneración de accidentes de obra, seguro de paro o incapacidad.
3. Copias de los estados de cuenta corriente y de ahorros para los días 90 últimas. Incluya el último estado de cuenta de algunos certificados de depósitos.
4. Registros de ahorros o cajas de jubilación, renta anual, y planes de 401K, 401A, o 403B.

Please sign and date below: Que yo sé, los datos que les dí están correctos. Firme y feche abajo:

Signature: _____ Date: _____