

Patient Financial Services

720 Washington Ave SE
Suite 200
Minneapolis, MN 55414

Estimado Paciente:

Esta aplicación es para el programa de caridad de la comunidad para los médicos de la Universidad de Minnesota. Este programa es para ayudar al paciente cuando no puede pagar por los servicios médicos. Esto es sólo para los cargos de los servicios médicos de la Universidad de Minnesota. Este programa no incluye cargos para la facilidades, cosméticos o electivos. Esto es para los servicios médicos que el paciente requiere para mantener su salud.

Para aplicar, por favor envíe la siguiente información con la aplicación completa:

1. Una copia de su formulario de impuestos federales 1040.
2. Una copia de todos los ingresos no imponibles recibidos el año pasado, como: seguro social, sustento para los niños, pagos por incapacidad, compensación laboral o desempleo.
3. Copias de los estados de cuenta bancarias de todas las cuentas corrientes y de ahorro de los últimos 90 días. Incluya el último estado de cuenta de algunos certificados de depósitos.
4. Registros de todos los ahorros para la jubilación, renta anual, y planes de pensiones 401K, 401A, o 403B.
5. Es posible que deba proporcionar una respuesta por escrito de su condado para verificar si se le aprobó o denegó la Asistencia Médica.
6. Copias de sus tarjetas de seguro médicos.

Esta solicitud completa junto con copias de la información enumeradas debe devolverse dentro de los 30 días posterior a la fecha de ésta carta. Llámenos al 763-782-6507 o sin cargos al 1-833-914-1046 si no nos puede devolver las formas antes de esta fecha. Sin todos los datos, tal vez no califique para este programa.

Gracias por elegir los Médicos de la Universidad de Minnesota para sus necesidades de atención médica. Es nuestro privilegio y placer cuidar de usted.

Atentamente,
Servicios Financieros de Pacientes

University of Minnesota Physicians – Solicitud de atención comunitaria

Información del paciente (incluya a todos los miembros de la familia que solicitan para el descuento)

Patient Name: Date of Birth: Medical Record Number:

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

Datos de contactar::

Nombre: _____ Teléfono #: ____ - ____ - ____ Number de seguro Social #: ____ - ____ - ____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código: _____

Miembros de familia: _____ (Todos los que viven con usted. Esto debe ser lo mismo que en su declaración de impuestos.

Asistencia Medica/Aseguranza Medica:

Sujete una copia de la respuesta del condado que dice si se aprobó o se le negó los programas de Asistencia Medica de Minnesota.

Fecha de solicitud de asistencia: _____ Condado de aplicación: _____ ¿Fuistes aprobado?:__

Nombre del trabajador social: _____ Teléfono #: _____

¿Tiene seguro médico? _____ Si tienes, denos una copia de su tarjeta de aseguranza medica.

Financial Information:

Incluya los siguientes elementos junto con este formulario. Mantendremos la confidencialidad de sus registros financieros.

1. Una copia de su impuesto federal 1040 más reciente.
2. Una copia de todos los ingresos no imponibles recibidos el año pasado, como: seguro social, sustento para los niños, pagos por incapacidad, compensación laboral o desempleo.
3. Copias de los estados de cuenta bancarias de todas las cuentas corrientes y de ahorro de los últimos 90 días. Incluya el último estado de cuenta de algunos certificados de depósitos.
4. Registros de todos los ahorros para la jubilación, renta anual, y planes de pensiones 401K, 401A, o 403B

La información enviada esta completa y correcta. Por favor firma y la fecha debajo:

The information submitted is complete and correct to the best of my knowledge. Please sign and date below:

Firma: _____ Dia: _____