

# Asistencia financiera

## Información de la solicitud

Essentia Health tiene un programa de asistencia financiera que puede ayudarle con sus facturas médicas.

Cuando complete la solicitud, nos ayudará a saber si es elegible para recibir atención gratuita o con descuento. Si se aprueba su solicitud, recibirá asistencia financiera por 12 meses a partir de la fecha de aprobación.

Envíe su solicitud completa y firmada, junto con cualquier documentación de respaldo a la siguiente dirección postal:

Essentia Health  
Attn: BSC – Financial Assistance  
420 E 1<sup>st</sup> Street  
Duluth, MN 55805

También puede escanear su documentación y enviarnos un correo electrónico:

[financialassistanceappinfo@essentiahealth.org](mailto:financialassistanceappinfo@essentiahealth.org)

También puede solicitar asistencia financiera a través de su cuenta MyChart.

### **Estamos aquí para brindarle ayuda**

Tenemos como práctica ayudar a los pacientes a completar la solicitud financiera. También incluye abordar cualquier problema que surja.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario, llame a nuestro Departamento de Servicios Financieros para Pacientes al **1-800-985-4675**.

Proporcione la siguiente información con su solicitud.

### **Impuestos**

- Año de presentación actual de su declaración de impuestos federales, como el Formulario 1040. Incluya también cualquier régimen de impuestos relacionados, como los formularios 1, C, E, F o SE.

### **Salarios**

- Sus últimos 2 meses completos (60 días) de recibos de sueldo laboral.

### **Otros ingresos**

- Ingresos del Seguro Social
- Indemnización de los trabajadores, pagos del seguro por discapacidad o seguro de desempleo
- Ingresos de manutención conyugal o ingresos de manutención de hijos
- Pagos de pensiones, anualidad o beneficios de veteranos
- Ingresos tribales, ingresos por alquileres, ingresos por intereses, dividendos o regalías

Le solicitamos una copia de 2 estados de cuenta bancarios más recientes. En los estados de cuenta deben aparecer los depósitos de sus ingresos de la lista anterior.



**Essentia Health**



# Essentia Health

## Solicitud de asistencia financiera

Marque la casilla que corresponde al lugar donde tiene facturas médicas:

- Essentia Health
- Servicios de ambulancia de Essentia Health
- Otro \_\_\_\_\_

Complete todos los campos. Esto garantizará que su solicitud se procese de manera oportuna. Introduzca N/C (**no corresponde**) si un campo no se aplica a usted.

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de garante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Enumere solo las personas que viven en su hogar, que se consideran dependientes en sus impuestos.

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Esta persona cuenta con asistencia médica?

¿Tiene seguro médico?  Sí  No

- \* Deberá solicitar el programa Medicaid de su estado si no tiene seguro médico o si su familia está dentro de las directrices de ingresos de Medicaid. Tenga en cuenta que, en Minnesota, Medicaid también se conoce como Asistencia médica.
- \* **Deberá incluir su carta de aprobación o de denegación de Medicaid. También puede presentar un comprobante del envío de su solicitud de Medicaid.**

Por la presente, solicito que Essentia Health determine mi elegibilidad para el programa de asistencia financiera de Essentia Health. Reconozco que la información proporcionada en la solicitud es real y correcta. Entiendo que la información que envíe estará sujeta a verificación por parte de Essentia Health como programa auditado. Si se determina que alguna información es falsa, se rechazará el ingreso al programa de asistencia financiera. Si no completa esta solicitud en su totalidad ni proporciona la documentación de respaldo, es probable que se rechace la solicitud.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Lista de verificación de asistencia financiera:

- He completado todos los campos de esta solicitud de asistencia financiera.
- He firmado y fechado mi solicitud completa.
- He incluido todos los documentos requeridos o una carta en la que se explica por qué no puedo presentarlos.
- Entiendo que mi solicitud se puede rechazar si falta la información requerida.