

ORTONVILLE AREA HEALTH SERVICES

Solicitud de Asistencia Financiera

VERSIÓN EN ESPAÑOL

¿Necesita ayuda para pagar su factura de OAHS? Puede calificar para un descuento total o parcial, o una limitación en los cargos. Puede solicitar dentro de los 240 días de su primer estado de cuenta. La ayuda para completar este formulario es gratis: 320-839-4096 o pfs@oahs.us.

1) Información del solicitante / hogar

Nombre del solicitante	Tamaño de familia #	Fecha en que se entregó la solicitud	
Nombre del co-solicitante	Adultos #	Correo electrónico	
Dirección	Niños/dependientes #		
Ciudad / Estado / Código postal	Tamaño total del hogar		
Teléfono de casa	Teléfono celular		
Idioma principal	¿Necesita ayuda para completar? ☐ Sí		

2) Calificación rápida — Si alguna casilla aplica, adjunte prueba y pase a la firma

☐ Medical Assistance (MA), MinnesotaCare u otro programa Medicaid	☐ Persona sin hogar o vivienda en albergue
☐ Paciente fallecido sin patrimonio / sin garante responsable	☐ Aprobación previa de asistencia financiera de OAHS en los últimos 12 meses; situación sin cambios

Prueba adjunta: ☐ Tarjeta/carta de MA/MinnesotaCare ☐ Carta previa de FAP ☐ Prueba de fallecimiento/sin patrimonio

3) Ingresos del hogar — Montos mensuales (omite si aplica la Sección 2)

Salarios brutos - solicitante	\$	Salarios brutos - co-solicitante	\$
Seguro Social / discapacidad	\$	Desempleo / compensación laboral	\$
Manutención de hijos / pensión alimenticia	\$	Pensión / ingresos de jubilación	\$
Ingresos por alquiler / inversiones	\$	Asistencia pública / otros	\$
Otro:	\$	Otro	\$
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR	\$		

4) Activos líquidos contables (omite si aplica la Sección 2)

Incluya solo: cuentas de cheques, ahorros, CDs, mercado monetario e inversiones que no sean de jubilación. NO cuente residencia principal, cuentas de jubilación (401k/403b/IRA/pensión), HSA, vehículos personales, bienes del hogar o efectos personales.

Saldo de cheques	\$	Saldo de ahorros	\$
CD / mercado monetario	\$	Inversiones que no sean de jubilación	\$
Otros activos líquidos contables	\$	TOTAL DE ACTIVOS LÍQUIDOS CONTABLES	\$
Notas / N/A si no hay			

5) Lista de verificación de documentación

Documentación de ingresos — adjunte UNO:

- ☐ Declaración federal de impuestos más reciente
- ☐ Dos talones de pago más recientes
- ☐ Carta de beneficios del Seguro Social
- ☐ Carta de beneficios por desempleo
- ☐ Comprobante de inscripción en programa público (MA, MinnesotaCare, SNAP, WIC, TANF, MFIP, SSI)

Documentación de activos solicitada:

- ☐ Dos estados de cuenta de cheques más recientes
- ☐ Dos estados de cuenta de ahorros más recientes
- ☐ Estado(s) de cuenta de inversiones que no sean de jubilación
- ☐ Estado(s) de CD o mercado monetario
- ☐ No aplica; no reenvíe documentos ya proporcionados

6) Referencia opcional a otros programas de cobertura

OAHS puede referirlo a un navegador certificado de MNsure / Consejero Certificado de Solicitudes sin costo si puede calificar para Medical Assistance, MinnesotaCare o créditos fiscales de primas. No se requiere solicitar un programa para el que no sea razonablemente elegible. ☐ Sí, por favor refiérame ☐ No, gracias

7) Firma y declaración

Al firmar abajo, declaro que la información en esta solicitud es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que OAHS puede solicitar documentación adicional razonable para verificar la elegibilidad. La información falsa puede resultar en la denegación o reversión de la Asistencia Financiera.

Firma del solicitante	Nombre en letra de molde	Fecha:
Firma del co-solicitante (si corresponde)	Nombre en letra de molde	Fecha:

Derechos del paciente / Avisos importantes

OAHS no negará atención médicamente necesaria debido a facturas médicas impagas; no reportará deuda médica a agencias de crédito; no agregará intereses ni cargos por demora; y no transferirá automáticamente deuda médica a su cónyuge.

Límite AGB: Si usted es elegible para FAP o no tiene seguro y sus ingresos del hogar son inferiores a \$125,000, OAHS limita automáticamente los cargos por atención de emergencia/médicamente necesaria a las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB).

Devuelva a: OAHS Patient Financial Services, 450 Eastvold Avenue, Ortonville, MN 56278 | Teléfono 320-839-4096 | pfs@oahs.us | www.oahs.us