

NOMBRE:

NAME:

(primer nombre)  
(first)

(segundo nombre)  
(middle)

(apellidos)  
(last)

DIRECCIÓN:

ADDRESS:

(número y calle)  
(number and street)

(ciudad)  
(city)

(estado)  
(state)

(código postal)  
(zip)

TELÉFONO:

TELEPHONE:

(casa)  
(home)

(celular)  
(cell)

(fecha de nacimiento)  
(date of birth)

EMPLEADOR

EMPLOYER:

OCUPACIÓN:

OCCUPATION:

FECHA DE CONTRATACIÓN:

DATE OF HIRE:

TELÉFONO DEL EMPLEADOR:

EMPLOYER PHONE:

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE: NOMBRE

SPOUSE INFORMATION: NAME

(primer nombre)  
(first)

(segundo nombre)  
(middle)

(apellidos)  
(last)

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE:

SPOUSE EMPLOYER:

OCUPACIÓN:

OCCUPATION:

FECHA DE CONTRATACIÓN:

DATE OF HIRE:

TELÉFONO DEL EMPLEADOR:

EMPLOYER PHONE:

¿PRESENTÓ SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS EL AÑO PASADO?:

DID YOU FILE TAXES LAST YEAR?

**INGRESOS: Liste los ingresos del Garante y del cónyuge:**  
INCOME: List income from Guarantor and spouse:

**MENSUALES**  
Monthly

**Salarios**

Wages

**Granja o trabajo por cuenta propia**

(debe incluir la declaración de impuestos más reciente)

Farm or Self-Employment

(must include most recent tax return)

**Asistencia pública**

Public Assistance

**Seguro Social**

Social Security

**Compensación por desempleo**

Unemployment Compensation

**Indemnización de trabajadores**

Worker's Compensation

**Pensión compensatoria**

Alimony

**Manutención infantil**

Child Support

**Pensiones**

Pensions

**Ingresos del alquiler**

Rental Income

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DEPENDIENTES:**  
DEPENDENTS:

**NOMBRE**  
NAME

**RELACIÓN**  
RELATIONSHIP

**EDAD**  
AGE

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. También autorizo a CentraCare para verificar toda la información que aparece arriba.

I affirm that the above information is true and correct to the best of my knowledge. I also authorize CentraCare to verify any information listed above.

\_\_\_\_\_  
Firma del Garante  
Guarantor Signature

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge  
Spouse Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Date

# CENTRA CARE Health

## PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE/AYUDA FINANCIERA PARA PACIENTES

El Programa de Ayuda Financiera de CentraCare se estableció para ayudar a los pacientes que no tienen la capacidad de pagar por los servicios recibidos. Si los pacientes cumplen con las directrices, la factura total o una parte de los cargos pueden estar cubiertos. Para ser considerado para la ayuda, por favor llene el otro lado de esta carta y devuélvala con la información solicitada.

Para que CentraCare tramite su solicitud, por favor siga las siguientes instrucciones a continuación.

- Use cifras brutas para los ingresos incluyendo los ingresos de su cónyuge si está casado.
- Si **NO** tiene seguro, **DEBE** solicitar asistencia médica a través de su condado de residencia antes de poder calificar. También **DEBE** adjuntar una copia de cualquier denegación de asistencia médica a este formulario.
- **Por favor, proporcione la prueba de los ingresos – Si hace su declaración de impuestos, tiene que proporcionar la 1ª página de su declaración de impuestos más reciente (que indique los ingresos brutos ajustados) O BIEN, si no hace la declaración de impuestos, sus últimos 4 comprobantes de paga. Si recibe el Seguro Social o está recibiendo desempleo, por favor, incluya los extractos bancarios que indiquen su depósito mensual/semanal o bien la carta de concesión del Seguro Social.**
- Por favor, devuelva la información solicitada en el sobre provisto, o envíela por correo postal a CentraCare Health, 1406 6<sup>th</sup> Ave N, St Cloud, MN 56303.
- Si usted califica, se lo notificaremos por correo postal en un plazo de dos semanas de haber recibido su solicitud.

Por la presente solicito que CentraCare haga la determinación por escrito de mi elegibilidad para ayuda financiera para pacientes. Entiendo que la información, la cual presento respecto a mis ingresos anuales y tamaño de la familia, está sujeta a verificación por CentraCare. También entiendo que si se determina que la información que presento es falsa, dicha determinación tendrá como resultado la denegación. El paciente o el garante será responsable por los cargos de los servicios proporcionados. El centro proporcionará ayuda financiera sin cargo alguno o con un cargo especificado menor del crédito permitido para los servicios. Debe investigarse y determinarse si existen posibles pagadores de terceras partes antes de determinar el estado de ayuda financiera.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON:

CentraCare Health, Patient Financial Services:  
320-240-2100, ext. 53915, o LLAME GRATIS AL 1-800-961-3589

# CENTRA CARE Health

## PATIENT FINANCIAL ASSISTANCE

CentraCare Financial Assistance Program was established to assist patients who do not have the ability to pay for services received. If patients meet the guidelines, the total bill or a portion of the charges may be covered. To be considered for assistance, please fill out the reverse side of this letter and return with the requested information.

In order for CentraCare to process your application, please follow the instructions below.

- Use gross income figures including spousal income if you are married.
- If you have **NO** insurance, you **MUST** apply for medical assistance through your county of residence before you can qualify. You **MUST** also attach a copy of any medical assistance denial with this form.
- **Please provide proof of income – If you file taxes you are required to provide the 1<sup>st</sup> page of your most recent tax return (showing adjusted gross income) OR, if you do not file taxes, your last 4 pay stubs. If you receive Social Security or are receiving unemployment, please include bank statements showing monthly/weekly deposit or Social Security award letter.**
- Please return the requested information in the envelope provided, or mail to CentraCare Health, 1200 6<sup>th</sup> Ave N, St Cloud, MN 56303.
- If you qualify, we will notify you by mail within two weeks of receiving your application.

I hereby request that CentraCare make a written determination of my eligibility for patient financial assistance. I understand that the information, which I submit concerning my annual income and family size, is subject to verification by CentraCare. I also understand that if the information which I submit is determined to be false, such a determination will result in a denial. Patient or Guarantor will be liable for charges for services provided. The facility will provide financial assistance at no charge or at a specified charge less than the allowable credit for the services. All possible third party payors must be explored and finalized before financial assistance status is determined.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS PLEASE CONTACT:

CentraCare Health, Patient Financial Services:  
320-240-2100, ext. 53915, or TOLL FREE 1-800-961-3589