



**Formulario de verificación de ingresos**

El propósito de este formulario es verificar la elegibilidad en base a los ingresos para un programa de descuento adicional para servicios sin seguro o sin cobertura elegibles que se reciban en un departamento hospitalario de CentraCare. Para poder calificar, los pacientes deberían tener un ingreso bruto familiar anual menor a \$125,000 y no estar cubiertos por el programa de ayuda financiera de CentraCare.

**Prueba de ingresos anuales (proporcione tanto de usted como de su cónyuge):**

\_Formulario de impuestos 1040 más reciente (si no declara impuestos, proporcione recibos de pago de meses completos)

\_Carta de concesión/beneficios del seguro social de este año

\_Pruebas de ingresos mensuales adicionales

Nombre de quien solicita \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Ingresos anuales \$ \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Ingresos anuales \$ \_\_\_\_\_

Queremos asegurarnos de que usted esté en el mejor programa para su nivel de ingreso familiar. Si notamos que por sus ingresos calificaría para nuestro programa de ayuda financiera, le enviaremos una solicitud y le pediremos que presente una solicitud para ese programa. Estamos comprometidos a asegurarnos de brindarle ayuda de la mejor manera posible.

Complete este formulario y devuélvalo firmado junto con los documentos de ingresos por correo electrónico a [financiaministry@centracare.com](mailto:financiaministry@centracare.com) o envíelo por correo postal a: CentraCare, Attn Patient Financial Services, 1406 6<sup>th</sup> Ave N, St Cloud MN 56303.

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_