

### Solicitud de atención comunitaria (asistencia financiera)

1. **General:** el programa de atención comunitaria de Ridgeview Medical Center no es un seguro; se trata de una asistencia financiera para sus facturas de Ridgeview Medical Center. Se considerará a todos los solicitantes, independientemente de la raza, color, credo, religión, origen nacional, discapacidad, sexo, edad o estado en relación con la asistencia pública.
2. **Solicitud:** la solicitud para recibir atención comunitaria debe entregarse al Coordinador del Programa junto con los siguientes requisitos:
  - a. Use la lista a continuación como una lista de verificación cuando llene la solicitud
    - Debe llenar por completo la solicitud - **Debe llenar todas las casillas**
    - ¡La información de la solicitud debe corresponder exactamente con los documentos de respaldo!
    - Fotocopia legible de la declaración de impuestos federales más reciente con sus anexos  
Las copias de las declaraciones anteriores se pueden obtener en la oficina del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) llamando al 800-829-1040
    - Fotocopia legible de todos los ingresos de otras fuentes
    - Fotocopia legible de todas las evidencias de activos líquidos
    - Fotocopia legible de la carta de denegación de Asistencia Médica o Atención de Minnesota
3. **Servicios:** los servicios de tratamiento de emergencia o médicamente necesarios que ofrece Ridgeview Medical Center and Clinics son elegibles para la atención comunitaria, incluyendo las siguientes entidades Ridgeview: Ridgeview Home Care Services, Ridgeview Sibley Medical Center and Clinics. Los servicios que no se consideran médicamente necesarios o no son una emergencia no son elegibles para obtener el beneficio de atención comunitaria. Los ejemplos incluyen: servicios cosméticos, reversión de la ligadura de trompas, seminogramas, dispositivos auditivos y procedimientos quirúrgicos opcionales.
4. **Elegibilidad:** para solicitar la atención comunitaria, el solicitante debe enviar el formulario lleno junto con una copia de su declaración de impuestos federales del año más reciente. El Coordinador del Programa o la persona designada se encargará de determinar el nivel de atención comunitaria. En caso de que tenga preguntas, comuníquese con Servicios financieros para el paciente al 952-442-8054.

**Nota para los solicitantes sin seguro:** se debe determinar la elegibilidad para todas las demás opciones de pago de seguros y terceros, lo cual incluye Asistencia Médica o Atención de Minnesota, antes de calificar para los beneficios de la atención comunitaria. Todos los solicitantes deben incluir su carta de denegación de Asistencia Médica o Atención de Minnesota. Sin estos documentos, no podremos procesar su solicitud.
5. **Pago de los solicitantes:** cuando se aprueba una solicitud para beneficios parciales de atención comunitaria, se deben establecer y convenir acuerdos de pago entre el solicitante y Ridgeview Medical Center por cualquier saldo restante. Además, cualquier pago que se reciba antes de la aprobación de la atención comunitaria no se reembolsará.
6. **Pagos de fuentes adicionales:** todos los productos disponibles por seguro de salud se deben pagar directamente a Ridgeview Medical Center. Si existe un seguro de responsabilidad, otro seguro privado, una demanda o un reembolso disponible de cualquier otra fuente, se pagará directamente a Ridgeview Medical Center o se establecerán acuerdos de pago directo, antes de que el solicitante sea elegible para obtener los beneficios de atención comunitaria.
7. **Derecho a enmendar y revocar:** Ridgeview Medical Center se reserva el derecho de modificar o revocar, en cualquier momento, el programa de atención comunitaria si se considera necesario.
8. **Solicitudes completas:** la solicitud de atención comunitaria y todos los documentos de respaldo pueden enviarse por fax, de manera confidencial, al 952-442-8052 o por correspondencia a:

Ridgeview Medical Center  
Attn: PFS – Community Care  
500 South Maple Street  
Waconia, MN 55387

La solicitud de atención comunitaria y la política de asistencia financiera pueden imprimirse de nuestro sitio web [www.ridgeviewmedical.org](http://www.ridgeviewmedical.org) o puede obtener una copia llamando a Servicios financieros para el paciente, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. al 952-442-8054. Esta solicitud está disponible en inglés y español.

## Solicitud de atención comunitaria

Datos del solicitante			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal:		Estado civil:	
Nombre de su pareja o cónyuge:		Fecha de nacimiento:	
Dependientes declarados en sus impuestos federales			
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:	
Datos del empleo del solicitante	Datos del empleo de la pareja o cónyuge		
¿Trabaja? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Complete a continuación	¿Trabaja? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Complete a continuación		
Nombre del empleador:	Nombre del empleador:		
Salario o sueldo por hora (incluyendo propinas):	Salario o sueldo por hora (incluyendo propinas):		
Nombre del empleador:	Nombre del empleador:		
Salario o sueldo por hora (incluyendo propinas):	Salario o sueldo por hora (incluyendo propinas):		
Ingresos de otras fuentes			
¿Usted o su pareja reciben ingresos de una fuente distinta a su trabajo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Complete a continuación			
El ingreso incluye: jubilación o pensión, intereses o dividendos, anualidades, desempleo, ingresos por alquiler, beneficios de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA), fideicomisos, seguro social, manutención conyugal, manutención infantil, ingresos agrícolas, ingresos por servicio militar, salarios obtenidos por dependientes o cualquier otro ingreso.			
Nombre del beneficiario:	Tipo de ingreso:	Monto anual recibido:	
Información bancaria/Activos líquidos			
¿Tiene algún activo líquido? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Complete a continuación			
Los activos líquidos incluyen bienes en efectivo que se pueden convertir fácilmente en efectivo, como cuentas de ahorro y corrientes, acciones, bonos, certificados de depósito, anualidades y cuentas en el mercado monetario.			
Tipo de activo:	Nombre de la institución financiera:	Valor estimado:	
Gastos del grupo familiar (mensual)			
Hipoteca/alquiler \$	Servicios públicos (gas, electricidad) \$	Deuda por gastos médicos \$	
Circunstancias especiales (incluya páginas adicionales de ser necesario)			
Indíquenos sus circunstancias especiales:			
Reconocimiento y firma			
Reconozco que la información de esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber. Soy consciente de que cualquier información errada, confusa, omitida o falsa puede revocar retroactivamente mi subsidio de atención comunitaria. También entiendo que al firmar este formulario autorizo a Ridgeview Medical Center a verificar toda la información indicada.			
Firma del solicitante:		Fecha:	
Para uso interno			
La solicitud fue: <input type="checkbox"/> APROBADA EN SU TOTALIDAD <input type="checkbox"/> APROBADA PARCIALMENTE _____% <input type="checkbox"/> DENEGADA			
Motivo de la denegación: <input type="checkbox"/> No se recibieron los documentos solicitados <input type="checkbox"/> No solicitó Asistencia Médica <input type="checkbox"/> El ingreso es superior a lo establecido <input type="checkbox"/> Otro, explique _____			
Notas del revisor:		Monto aprobado \$	
Aprobación del director:		Fecha:	