

Información del solicitante			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono principal:		Otro número de teléfono:	
¿Es usted ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado legalmente	
Nombre de su pareja/cónyuge:		Fecha de nacimiento:	
Dependientes que declara en sus impuestos federales			
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:	
Información laboral del solicitante		Información laboral del cónyuge/de la pareja	
¿Trabaja actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Complete a continuación		¿Trabaja actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Complete a continuación	
Nombre del empleador:		Nombre del empleador:	
Pago por hora/salario (incluya propinas):		Pago por hora/salario (incluya propinas):	
Nombre del empleador:		Nombre del empleador:	
Pago por hora/salario (incluya propinas):		Pago por hora/salario (incluya propinas):	
Ingresos provenientes de otra fuente			
¿Usted o su pareja reciben ingresos de otra fuente que no sea el trabajo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Complete a continuación			
Los ingresos incluyen: jubilación/pensión, intereses/dividendos, anualidades, subsidio por desempleo, ingresos por rentas, beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos, fideicomisos, Seguro Social, manutención del cónyuge, manutención infantil, ingresos agrícolas, ingresos por servicio militar, sueldos que devengan los dependientes o cualquier otro ingreso.			
Nombre del beneficiario:	Tipo de ingreso:	Monto anual recibido:	
Información bancaria/activos líquidos			
¿Tiene usted activos líquidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - Complete a continuación			
Los activos líquidos incluyen bienes que se pueden convertir fácilmente en dinero en efectivo, tales como cuentas de ahorros y corrientes, acciones, bonos, certificados de depósitos, anualidades y cuentas de mercado monetario.			
Tipo de activo:	Nombre de la institución financiera:	Valor estimado:	
Circunstancias especiales (incluya más páginas si es necesario)			
Por favor describa sus circunstancias especiales:			
Reconocimiento y firma			
La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender, y por medio del presente, autorizo a Ridgeview Medical Center a divulgar esta información a cualquier médico, clínica, afiliado u otro hospital o clínica de la zona al que sea remitido para la obtención de servicios. También reconozco que debo inscribirme en, utilizar por completo y cumplir con los programas de Minnesota Health Care para los que pueda calificar, o cualquier seguro médico del que pueda disponer a través de un empleador o de un intercambio de salud, y que incumplir esto podría resultar en mi salida del programa de atención comunitaria que ofrece Ridgeview Medical Center. He facilitado la comprobación de los ingresos a través de copias de la declaración de impuestos federales más reciente de todo el núcleo familiar y otros documentos complementarios de los ingresos y activos. Soy consciente de que cualquier información que sea errónea, falsa o se omita puede dejar sin efecto de forma retroactiva mi subsidio de atención comunitaria. También entiendo que, al firmar este formulario, autorizo a Ridgeview Medical Center a verificar toda la información aquí contenida.			
Firma del solicitante:			Fecha:
Para uso interno			
La solicitud ha sido: <input type="checkbox"/> APROBADA TOTALMENTE <input type="checkbox"/> APROBADA PARCIALMENTE ___% <input type="checkbox"/> DENEGADA debido a: <input type="checkbox"/> No se entregaron los documentos necesarios <input type="checkbox"/> No se solicitó Medical Assistance <input type="checkbox"/> Los ingresos exceden lo establecido en las normas <input type="checkbox"/> Otra razón, explique _____			P2P: _____ DEUDA INCOBRABLE MCRE <input type="checkbox"/>
Solicitud revisada por:			Fecha:
Aprobación del Director:			Fecha:

## Solicitud de atención comunitaria (ayuda financiera)

1. **Información general:** el programa de atención comunitaria de Ridgeview Medical Center no es un seguro, pero otorga ayuda financiera para pagar sus gastos dentro de Ridgeview Medical Center. Se considerarán todos los solicitantes independientemente de su raza, color, credo, religión, origen nacional, discapacidad, sexo, edad o condición.
2. **Solicitud:** la solicitud de atención comunitaria se le debe entregar al Coordinador del Programa junto con los siguientes requisitos:
  - a. Por favor utilice la siguiente lista de requisitos como referencia al completar la solicitud
    - i. La solicitud se debe llenar por completo – **Se deben completar todos los recuadros**
    - ii. La información de la solicitud debe coincidir **EXACTAMENTE** con la de los documentos complementarios.
    - iii. Fotocopia legible de la declaración de impuestos federales más reciente con los anexos  
Puede obtener copias de declaraciones anteriores en el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Services, IRS) a través del 800-829-1040
    - iv. Fotocopia legible de todos los ingresos de otras fuentes
    - v. Fotocopia legible de todas las constancias de activos líquidos
    - vi. Fotocopia legible de las cartas de denegación de Medical Assistance/Minnesota Care.

**Nota:** si usted vive con una pareja con quien comparte la manutención de un menor, consideraremos su ingreso como ingreso familiar. Por favor, incluya a su pareja y al menor dentro de la solicitud, y proporcione toda la documentación financiera complementaria.
3. **Servicios:** los servicios de tratamiento en caso de emergencia o médicamente necesarios que ofrece Ridgeview Medical Center y sus clínicas son elegibles para el programa de atención comunitaria, incluidas las siguientes unidades de Ridgeview: Ridgeview Home Care Services, Ridgeview Sibley Medical Center y sus clínicas. Los servicios que no se consideren médicamente necesarios o de carácter urgente no serán elegibles para el beneficio de atención comunitaria. Algunos ejemplos son: servicios cosméticos, desligaduras de trompas, análisis de semen, aparatos auditivos y procedimientos quirúrgicos electivos.
4. **Elegibilidad:** para solicitar atención comunitaria, el solicitante debe devolver la solicitud completa junto con una copia de su declaración de impuestos federales del último año. El Coordinador del Programa o un delegado determinarán el nivel de atención comunitaria. En caso de tener preguntas, por favor comuníquese con Servicios Financieros al Paciente al 952-442-8054.

**Aviso para solicitantes sin seguro:** la elegibilidad para el resto de las opciones de pago de seguros y terceras partes se debe determinar, incluidos Medical Assistance y Minnesota Care, antes de optar por los beneficios de atención comunitaria. La carta de denegación de Medical Assistance/Minnesota Care debe incluirse en la solicitud.

-Todas las solicitudes deben venir acompañadas de una carta válida de denegación de servicios, por cualquier motivo, del programa de asistencia médica del condado donde reside.
5. **Pagos del solicitante:** cuando se aprueba una solicitud para obtener beneficios de atención comunitaria parciales, se deben realizar y establecer convenios de pago entre el solicitante y Ridgeview Medical Center para la cancelación de cualquier monto adeudado. Adicionalmente, no se reembolsará ningún pago recibido antes de que la atención comunitaria se apruebe.
6. **Pagos de fuentes alternas:** todos los beneficios disponibles de seguros médicos se le deben pagar directamente a Ridgeview Medical Center. En caso de existir un seguro de responsabilidad civil, otro seguro privado, una demanda o un reembolso disponible de cualquier otra fuente, se pagarán directamente a Ridgeview Medical Center o se establecerá que el pago sea directo, antes de que el solicitante sea elegible para los beneficios de atención comunitaria.
7. **Derecho a modificar y derogar:** Ridgeview Medical Center se reserva el derecho a modificar o derogar el programa de atención comunitaria en cualquier momento, en caso de ser necesario.
8. **Solicitudes completas:** la solicitud de atención comunitaria y los documentos complementarios se pueden enviar de forma confidencial por fax al 952-442-8052 o a través de correo postal a:

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

Puede imprimir la solicitud de atención comunitaria y la política de ayuda financiera desde nuestra página web [www.ridgeviewmedical.org](http://www.ridgeviewmedical.org) o puede obtener una copia llamando a Servicios Financieros al Paciente, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., al 952-442-8054. La solicitud está disponible en inglés y en español.