

## DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA CARITATIVA

### CERCIÓRESE DE DEVOLVER LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS PARA GARANTIZAR QUE SE PROCESE SU SOLICITUD:

**\*\*Esta solicitud sólo corresponde a las instalaciones de Ridgeview Sibley\*\***

- Solicitud completada. Por favor llene ***todos los campos***, firme y feche la solicitud. Si algo no es aplicable a su situación, marque cero o N/A.
- Declaraciones federales de impuestos, completas y firmadas, del solicitante y de todos los adultos que reciban ingresos en el hogar para el año más reciente. (Esto incluye parejas no casadas).
  - Puede obtener una copia de las declaraciones de impuestos llamando al 800-829-1040.
- Marque aquí si no presentó una declaración de impuestos para el año pasado y explique por qué:  
  

---

  

---

  

---
- Si recibe solamente ingresos del seguro social y no declara impuestos, envíe la declaración de Beneficios del Seguro Social de este año.
- Si está solicitando asistencia para una fecha de servicio en la que no estaba asegurado, envíe su carta de denegación de asistencia médica para ese período de tiempo. (Solicitar asistencia médica es un pre-requisito para recibir Asistencia Caritativa en Ridgeview Sibley.)
- Otros documentos justificativos.

**\*\*\*\*POR FAVOR NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES. \*\*\*\***  
**NO SE LE DEVOLVERÁN.**



**SOLICITUD DE ASISTENCIA CARITATIVA**

**SOLICITUD DE ASISTENCIA CARITATIVA**

**POR FAVOR NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES. NO SE LE DEVOLVERÁN.**

**ENVÍE SOLAMENTE FOTOCOPIAS.**

1. General. Se les dará consideración a todos los solicitantes, sin importar su raza, color, credo, religión, origen nacional, discapacidad, sexo, edad, o condición relativa a la asistencia pública.
2. Solicitud. La solicitud para Asistencia Caritativa deberá presentarse a la oficina comercial de Ridgeview Sibley acompañada de los siguientes documentos:
  - a. Copias de las declaraciones federales de impuestos del solicitante y de todos los adultos (de 18 años o más) **en el hogar y que reciban ingresos**. Si una persona no está obligada a presentar declaración de impuestos, o si las fuentes de ingresos han cambiado desde que se presentó la declaración, esa persona deberá presentar evidencia que demuestre sus ingresos por los 12 meses inmediatamente anteriores a la solicitud. **Deberá adjuntarse prueba de ingresos.**
3. Servicios. Todos los servicios prestados por el centro médico Ridgeview Sibley Medical Center son elegibles para el Programa de Asistencia Caritativa, a excepción de los siguientes:
  - a. Servicios cosméticos
  - b. Procedimientos quirúrgicos electivos
  - c. Servicios de salud en el hogar
  - d. Atención de relevo
  - e. Servicios de apoyo en el hogar
  - f. Accidentes automovilísticos cuando no se suministra información de seguro
  - g. Pruebas de orina para la detección de drogas, pruebas de aliento y de sangre para la detección del alcohol
  - h. Administración de inmunizaciones, inclusive las vacunas contra la influenza
4. Elegibilidad. Para solicitar Atención Caritativa, el solicitante deberá devolver la solicitud llena acompañada de una copia de su Declaración Federal de Impuestos en su totalidad para el año fiscal anterior. El coordinador del programa determinará el nivel de asistencia caritativa. Si tiene preguntas, llame a la oficina comercial de Ridgeview Sibley al 507-964-8439 o llame sin cargo al 888-974-2539. El solicitante debe ser residente de Minnesota.
5. Aviso a solicitantes que no tengan seguro. Deberá determinarse la elegibilidad para cualquier otro seguro y opciones de pago por parte de terceros, inclusive Asistencia Médica y/o Minnesota Care antes de solicitar Asistencia Caritativa. **DEBERÁ INCLUIR SU DOCUMENTO DE DENEGACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA/MINNESOTA CARE.**
6. Pagos por parte del solicitante. Cuando se aprueba a un solicitante para asistencia económica parcial a través del Programa de Asistencia Caritativa, deberán realizarse y acordarse arreglos de pago entre el solicitante y Ridgeview Sibley Medical Center para cubrir cualesquier saldos restantes.
7. Pagos de fuentes colaterales. Todos los montos de seguro de salud disponibles se le pagarán directamente a Ridgeview Sibley Medical Center. Si existe seguro de responsabilidad civil, otro seguro privado, una demanda judicial, o reembolso proveniente de cualquier otra fuente, se le pagará directamente a Ridgeview Sibley Medical Center o se realizarán arreglos para pagos directos, antes de que el solicitante pueda ser elegible para Asistencia Caritativa.

**SOLICITUD DE ASISTENCIA CARITATIVA**

8. Derecho a enmendar y revocar el plan. Ridgeview Sibley Medical Center se reserva el derecho de modificar o revocar la Asistencia Caritativa en cualquier momento, según lo considere necesario.
9. Solicitud debidamente llenada. Presente la solicitud debidamente llenada y firmada a: Ridgeview Sibley Medical Center, Attn: Business Office, 601 W Chandler St. Arlington, MN 55307. Deberá esperar 30 días para que se procese su solicitud.

**Requisitos para Asistencia Caritativa:**

Al solicitar Asistencia Caritativa, el solicitante y todos los adultos (de 18 años o más) incluidos en la declaración de impuestos y que residan con el/la solicitante, deberán probar que su ingresos brutos federales ajustados, al combinarlos, están dentro de los parámetros indicados a continuación.

**REQUISITOS DE INGRESOS PARA SERVICIO CARITATIVO**

Tamaño de la familia	Ingreso al nivel federal de pobreza	Se eximirá de pago el 100% de la factura si el Ingreso Federal Bruto Ajustado está al nivel indicado a continuación o por debajo del mismo  (150%) del nivel de pobreza	Se eximirá de pago el 75% de la factura si el Ingreso Federal Bruto Ajustado está entre  (175%) del nivel de pobreza	Se eximirá de pago el 50% de la factura si el Ingreso Federal Bruto Ajustado está entre  (200%) del nivel de pobreza	Se eximirá de pago el 25% de la factura si el Ingreso Federal Bruto Ajustado está entre  (225%) del nivel de pobreza
1	\$12,140	\$18,210	\$18,211 - \$21,245	\$21,246 - \$24,280	\$24,281 - \$27,315
2	\$16,460	\$24,690	\$24,691 - \$28,805	\$28,806 - \$32,920	\$32,921 - \$37,035
3	\$20,780	\$31,170	\$31,171 - \$36,365	\$31,366 - \$41,560	\$41,561 - \$46,755
4	\$25,100	\$37,650	\$37,651 - \$43,925	\$43,926 - \$50,200	\$50,201 - \$56,475
5	\$29,420	\$44,130	\$43,861 - \$51,485	\$51,486 - \$58,840	\$58,841 - \$66,195
6	\$33,740	\$50,610	\$50,611 - \$59,045	\$59,046 - \$67,480	\$67,481 - \$75,915
7	\$38,060	\$57,090	\$57,091 - \$66,605	\$66,606 - \$76,120	\$76,121 - \$85,635
8	\$42,380	\$63,570	\$63,571 - \$74,165	\$74,166 - \$84,760	\$84,761 - \$95,355

(Para un tamaño de familia de más de 8 personas, por favor llame a nuestras oficinas para obtener los Requisitos de Ingresos)

\*\* 225% de las pautas nivel de Requisitos Federales de Pobreza para el año 2018 según el Registro Federal \*\*

**SOLICITUD DE ASISTENCIA CARITATIVA****INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y FINANCIERA DEL HOGAR DEL PACIENTE**

Solicito que el hospital determine si soy elegible para recibir asistencia económica bajo el programa de Asistencia Caritativa de Ridgeview Sibley con mi factura de hospital y/o clínica con base en los ingresos del hogar y otra información financiera. Entiendo que estoy obligado a suministrar cierta información financiera. También entiendo que el hospital o sus agentes podrán revisar la información para verificar que sea correcta. Entiendo que llenar este formulario no garantiza que recibiré esta ayuda financiera. Si no soy elegible para recibir ayuda financiera, seré responsable por mi factura de hospital.

*Escriba con letra de molde*

<b>Nombre (cabeza de familia):</b>		
<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Dirección de correo postal del hogar:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Correo electrónico:</b>	<b>Ocupación:</b>	<b>Empleador:</b>
<b>Número telefónico (durante el día)</b>	<b>Número telefónico (por la noche)</b>	

**Nombre y fechas de nacimiento de los integrantes de la familia que viven con usted y por quienes usted es económicamente responsable**

<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Parentesco</b>

<b>INGRESOS DEL HOGAR</b>		<b>GASTOS DEL HOGAR (Mensualmente)</b>	
---------------------------	--	--	--



**SOLICITUD DE ASISTENCIA CARITATIVA**

Sueldos – de usted (inclusive por trabajo agrícola y empleo por cuenta propia)	\$	Hipoteca/alquiler	\$
Sueldos – de otros en el hogar	\$	Servicios municipales (gas, electricidad, agua/alcantarillado)	\$
Ingresos por alquiler	\$	Médicos	\$
Pensión conyugal	\$	Gastos del hogar (por ejemplo, alimentos, ropa)	\$
Manutención de hijos	\$	Otras deudas (préstamos, tarjetas de crédito, etc.)	\$
Asistencia pública	\$		\$
Seguro Social	\$		\$
Otro tipo de ingresos (describir):	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>\$</b>	<b>GASTOS TOTALES</b>	<b>\$</b>

La información que se suministra más arriba es verdadera a mi leal saber y entender. He presentado verificación de ingresos con copias de la Declaración Federal de Impuestos sobre la Renta correspondientes a todos los ingresos del hogar, y cualesquier otros documentos justificativos de ingresos y gastos. Estoy consciente de que cualquier información inexacta, omitida o falsa podrá resultar en la revocación retroactiva de mi Asistencia Caritativa. También entiendo que al firmar este formulario estoy autorizando a Ridgeview Sibley Medical Center para que verifique todos los datos indicados.

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante/garante de la cuenta** **Fecha**

**Presentar el formulario completado/firmado a:** **Ridgeview Sibley Medical Center**  
**601 W Chandler St**  
**Arlington MN 55307**

<i>Esta sección es para uso del Departamento de Facturación de Ridgeview Sibley Medical Center</i>			
Total de cargos aprobados con esta solicitud: \$ _____			
[ ] Elegible      [ ] Totalmente      [ ] Parcialmente _____%			
Si no es elegible, la razón es:			
[ ] No se pueden verificar los ingresos		[ ] No solicitó asistencia pública	
[ ] No se pueden verificar otros datos financieros		[ ] Los ingresos exceden los parámetros requeridos	
[ ] Otra razón, explique:			
Solicitud recibida por:	Fecha:	Solicitud aprobada por:	Fecha: