

Altru Health System proporciona asistencia financiera y asesoramiento para personas no aseguradas y con bajo seguro de medios limitados, sin tener en cuenta la raza, el color, el sexo, el origen nacional, la discapacidad, la religión, la edad, la orientación sexual o el género. La asistencia financiera incluye, pero no se limita a, la cancelación total o parcial de la caridad, el cuidado de la comunidad o la reducción de los pagos mensuales. La asistencia financiera puede incluir la cancelación total o parcial de la caridad, el cuidado de la comunidad o la reducción de los pagos mensuales. más Se puede encontrar información visitando este [enlace](#) o llamando a nuestro personal de Business Office al 701.780.1500 o al 800.464.7574.

La Solicitud de Asistencia Financiera debe ser completada, firmada y devuelta con todos los documentos requeridos para ayudarnos a determinar el nivel de disponibilidad de asistencia financiera. Las acciones extraordinarias de cobro, incluyendo el reenvío del saldo a una agencia de cobro, la presentación de informes a las agencias de crédito y las acciones legales, pueden ocurrir si no se resuelve el saldo pendiente.

AHS tiene múltiples programas de caridad, para el programa del Cuerpo Nacional de Servicios de Salud (NHSC, por sus días) AHS no recogerá activos y solo recogerá el tamaño y los ingresos de la familia.

**Documentación requerida: (Las solicitudes devueltas sin la documentación requerida no se procesarán.)**

- Una copia completa o su declaración de impuestos más reciente.**
- Verificación de ingresos para incluir una copia de dos (2) talones de pago más recientes, beneficios de desempleo o carta de beneficios de seguridad social.**
- Una copia completa de dos (2) extractos bancarios más recientes (para verificar gastos).**
- Una explicación por escrito que describe su necesidad de asistencia financiera.**
- Una carta de denegación de Medicaid o una prueba de solicitud, si corresponde.**
- Toda la información pendiente de reclamo de incapacidad del Seguro Social, si corresponde.**

**Ingresos familiares:**

» Los montos enumerados en esta sección de la solicitud deben incluir los ingresos brutos mensuales del solicitante y cónyuge o de otro significativo. Los ingresos incluyen ganancias, compensación por desempleo, compensación del trabajador, Seguro Social, Ingresos Suplementarios del Seguro, asistencia pública, beneficios de sobrevivientes de pagos de veteranos, ingresos por pensiones o jubilaciones, dividendos de intereses, alquileres, regalías, ingresos de bienes, fideicomiso, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de niños, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas. No incluye beneficios noncash (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) o ganancias y pérdidas de capital.

**Gastos mensuales:**

» Enumere las cantidades mensuales pagadas por usted y/o cónyuge/otro significativo para los gastos del hogar. No incluya los gastos pagados por un compañero de cuarto, solo su parte de los gastos compartidos.  
» Los gastos se utilizarán para ayudar a determinar los planes de pago junto con ayudar a identificar si alguna otra asistencia puede estar disponible.

**firma:**

» La solicitud está incompleta a menos que esté firmada tanto por usted como por su cónyuge/otro significativo.

**Dirección postal:**

» Si no puede completar la solicitud en línea, por favor mail aplicación y todos los documentos de apoyo para:

Sistema de salud altru

P.O. Caja 13780

Grandes Tenedores, ND 58208-3780

(complete los campos o coloque la etiqueta del paciente aquí)

**Instrucciones:** Complete la aplicación y adjunte copias de:

- Declaraciones de impuestos y horarios de apoyo (último año)
- Two (2) los talones salariales más recientes, las prestaciones de desempleo o la carta de beneficios de la seguridad social\*
- Two (2) extractos bancarios más recientes para todas las cuentas\*
- Wexplicación ritten describiendo su necesidad de asistencia financiera\*
- Una carta de denegación de Medicaid o una prueba de solicitud
- Información pendiente de reclamo de incapacidad del Seguro Social\*

Fecha (mm-dd-aaaa):	
Nombre del paciente (Primero, Medio, Último)	
Cumpleaños (mm-dd-aaaa)	Número de MRN de Altru
Número(s) de cuenta:	

\* No aplicable para el Programa de Tarifas Deslizantes del NHSC

Tengo la disponibilidad del seguro a través de mi empleador o el empleador de mi cónyuge.				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Motivo: _____		
Tengo un compañero de cuarto que comparte gastos.				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Motivo: _____		
Estoy buscando ayuda debido a un accidente o lesión relacionado con el trabajo.				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Motivo: _____		
Estoy buscando ayuda debido a un accidente automovilístico.				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Motivo: _____		
Soy un estudiante.				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo:	<input type="checkbox"/> dedicación plena	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial
He solicitado:	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> VA	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Discapacidad de la Seguridad Social
				<input type="checkbox"/> Salud de los migrantes
fecha aplicado:	fecha aplicado:	fecha aplicado:	fecha aplicado:	fecha aplicado:

Información de la parte responsable				
número (Primero, Medio, Último):	Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa):	Número de Seguro Social:		
Dirección:				apropiado. #
ciudad:	ccomió:	Código postal:	Años Allí:	estado civil:
Teléfono de inicio:	Teléfono celular:	Tamaño del hogar (paciente, cónyuge y dependiente):		
Estado del empleo: <input type="checkbox"/> dedicación plena <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> estudiante				
númerodel empleador:	Duración del empleo:	Fecha/duración parados ((mm-dd-aaaa))		
Teléfono del empleador:	¿Se le reclama en otra declaración de impuestos? (En caso afirmativo, proporcione declaraciones de impuestos de los que se reclaman)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Información dependiente (que no sea del cónyuge)			
número:	edad:	número:	edad:
número:	edad:	número:	edad:

Información del cónyuge/pareja		
número (Primero, Medio, Último):	Fecha de nacimiento (Primero, Medio, Último):	Seguro Social #:
Teléfono de inicio:	teléfono celular:	Nombre del empleador:
Estado del empleo: <input type="checkbox"/> dedicación plena <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> estudiante		
Duración del empleo:	Fecha/Duración parados (mm-dd-aaaa):	

Información sobre gastos domésticos

(Se utiliza para el plan de pago y la determinación adicional de asistencia)

Gastos verificables (consulte instrucciones)	
tipo	Total mensual
Hipoteca/Alquiler	\$
calor	\$
electricidad	\$
Agua y basura	\$
teléfono	\$
teléfono celular	\$
Cable/Satélite	\$
Alimentos/suministros para el hogar	\$
Guardería	\$
Seguro médico	\$
seguro de vida	\$
Seguro de automóvil	\$
Seguro de hogar	\$
Pago de vehículos	\$
Mantenimiento de gas/vehículos	\$
escuela	\$
Pensión alimenticia/manutención de niños	\$
Otro	\$
<b>TOTAL A</b>	<b>\$</b>

Tarjeta de crédito y deuda de préstamos		
prestamista	Saldo actual	mensualidad
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	<b>TOTAL B</b>	<b>\$</b>

Facturas médicas pendientes		
Centro médico	Saldo actual	mensualidad
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	<b>TOTAL C</b>	<b>\$</b>

Gastos totales	
<b>TOTAL UNA CANTIDAD</b>	<b>\$</b>
<b>IMPORTE TOTAL B</b>	<b>\$</b>
<b>IMPORTE TOTAL C</b>	<b>\$</b>
<b>GASTOS TOTALES (Añadir A + B + C)</b>	<b>\$</b>

**Información sobre los ingresos de los**

<b>Cuenta(s) bancaria(s)</b> <i>No aplicable al Programa de Tarifas Deslizantes del NHSC</i>			
Nombre del banco	Tipo de cuenta	Nombre del banco	Tipo de cuenta

<b>Propiedad</b> <i>No aplicable para el Programa de Tarifas Deslizantes del NHSC</i>			
tipo	Detalle y/o número de acres	Valor estimado	Saldo impagado

<b>Ingresos familiares del hogar (Incluye toda la familia en el hogar o el apoyo del proveedor)</b>	
Tipo de ingreso	Monto mensual de los ingresos
propio	\$
Cónyuge/Pareja	\$
pensión alimenticia	\$
Manutención de niños	\$
discapacidad	\$
Intereses/Dividendos	\$
Pensión/Jubilación	\$
Ingresos por propiedad de alquiler	\$
<b>INGRESOS MENSUALES TOTALES</b>	<b>\$</b>

La información indicada en esta aplicación es correcta hasta donde yo sé. Usted está autorizado a revisar mi historial de crédito y empleo y a responder preguntas sobre su experiencia crediticia conmigo. Al firmar este acuerdo, prometo cooperar con el personal del Sistema de Salud de Altru y proporcionar información adecuada en un asunto oportuno para resolver mi proyecto de ley. Proporcionar cualquier información falsa descalificará a un solicitante de la participación en el programa.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_