



Altru ofrece asesoramiento y asistencia financiera a quienes cumplen los criterios establecidos y a personas sin seguro. y personas con seguro insuficiente y de recursos limitados, sin distinción de raza, color, sexo, origen nacional, discapacidad, religión, edad, orientación sexual o género. La asistencia financiera puede incluir la cancelación total o parcial de la asistencia o pagos mensuales reducidos. Puede encontrar más información en visitando este [enlace](#) o llamando a nuestro equipo HERO al 701-780-5060.

La Solicitud de asistencia financiera debe completarse, firmarse y devolverse con todos los documentos requeridos para ayudarnos a determinar el nivel de disponibilidad de asistencia financiera.

Documentación requerida: (Las solicitudes devueltas sin la documentación requerida no serán procesadas).

- Una copia completa o su declaración de impuestos más reciente.
- Verificación de ingresos para incluir una copia de los tres (3) talones de pago más recientes, carta de prestaciones por desempleo o de prestaciones de seguridad social.
- Una copia completa de los tres (3) extractos bancarios más recientes de todas las cuentas (para verificar gastos).
- Una explicación escrita que describa su necesidad de asistencia financiera.
- O una carta escrita de apoyo por qué un documento requerido no está disponible o falta

Ingresos familiares:

» Los montos enumerados en esta sección de la solicitud deben incluir el ingreso bruto mensual del solicitante y su cónyuge o pareja. Los ingresos incluyen ganancias, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses. dividendos, alquileres, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, hijos apoyo, asistencia externa al hogar y otras fuentes diversas. No incluye beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) ni ganancias de capital y pérdidas.

Firma:

» La solicitud está incompleta a menos que esté firmada por usted y su cónyuge/persona significativa. otro.

Dirección de envío:

» Si no puede completar la solicitud en línea, envíe la solicitud por correo y todos los documentos de respaldo a:

Sistema de salud Altru
Apartado postal 13780
Grand Forks, Dakota del Norte 58208-3780



Fecha:	
Nombre del paciente (primero, segundo nombre, apellido)	
Cumpleaños	Número MRN de Altru
Número(s) de cuenta:	

Información de la parte responsable				
Nombre (Primer, segundo nombre, apellido):		Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	
DIRECCIÓN: Ciudad: _____ I apto. # _____ Estado: _____ Código postal: _____ Años allí: _____ Estado civil: _____				
Teléfono de casa:	Teléfono móvil:		Tamaño del hogar (paciente, cónyuge y Dependientes):	
Empleo () Estado:	Tiempo completo	() Tiempo parcial	() Trabajador por cuenta propia () Desempleado () Estudiante	
Nombre del empleador:	Duración del empleo:		Desempleado Fecha/Duración (dd-mm-aaaa)	
Teléfono del empleador:			¿Le reclaman otro impuesto? ¿devolver? (En caso afirmativo, proporcione declaraciones de impuestos de los reclamados)	[] Sí No

Información del dependiente (que no sea el cónyuge)				
Nombre:	Yo edad:	Yo nombre:	Yo edad:	
Nombre:	Yo edad:	Yo nombre:	Yo edad:	

Información del cónyuge/pareja				
Nombre (primero, segundo nombre, apellido):		Fecha de nacimiento (primero, segundo, Último):	Seguridad Social #:	
Teléfono de casa:	Teléfono móvil:		Nombre del empleador:	
Empleo Estado:	Tiempo completo	() Tiempo parcial	Oh yo Empleado	O desempleado O estudiante
Duración del empleo:		Fecha/Duración del Desempleado (dd-mm-aaaa):		

Cuenta(s) bancaria(s) No aplicable al programa de tarifa móvil del NHSC			
Nombre del banco	Tipo de cuenta		Nombre del banco



Ingreso familiar del hogar (incluye a toda la familia en el hogar o manutención del proveedor)	
Tipo de ingreso	Monto de ingreso mensual
Ser	\$
Cónyuge / pareja	\$
Pensión alimenticia	\$
Manutención de los hijos	\$
Discapacidad	\$
Intereses/Dividendos	\$
Pensión/Jubilación	\$
Ingresos por propiedad en alquiler	\$
INGRESOS MENSUALES TOTALES	\$

La información contenida en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Está autorizado a consultar mi historial crediticio y laboral y a responder preguntas sobre su crédito.

experiencia conmigo. Al firmar este acuerdo, prometo cooperar con Altru Health

Personal del sistema y proporcionar información adecuada de manera oportuna para resolver mi factura. Proporcionar cualquier información falsa descalificará al solicitante de participar en el programa.

Firma _____ Fecha _____

Fecha de firma _____

Después de presionar el "botón enviar" y antes de enviar el correo electrónico, agregue los siguientes documentos adjuntos (no se aceptarán solicitudes sin archivos adjuntos):

- Declaraciones de impuestos y anexos de respaldo (año más reciente)
- Tres (3) recibos de sueldo, beneficios de desempleo o cartas de beneficios de seguridad social más recientes*
- Tres (3) extractos bancarios más recientes para todas las cuentas*
- Explicación escrita que describe su necesidad de asistencia financiera*
- O una carta escrita explicando por qué un documento requerido no está disponible o falta*

*No aplicable al programa de tarifa móvil del NHSC

