



PARA LOS REGISTROS DE RLMC SOLAMENTE:
 Fecha de recepción: _____
 La mayoría Formulario de impuestos reciente recibida: _____
 Los más recientes Pay Stub Recibidas: _____

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA
 Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, o tiene otras preguntas, por favor llame a nuestra oficina.
 Nosotros te ayudamos!

¿Sabías que Ridgeview Le Sueur Medical Center (RLMC) tiene un programa de asistencia financiera que puede ayudarte con tus facturas médicas? Usted puede ser elegible para tener sus cuentas reducidas si su ingreso se encuentra entre las pautas a continuación:

Tamaño del hogar	100% de descuento Si el ingreso es menos de:	75% de descuento	50% de descuento
1	\$24,280	\$30,350	\$36,420
2	\$32,920	\$41,150	\$49,380
3	\$41,560	\$51,950	\$62,340
4	\$50,200	\$62,750	\$75,300
5	\$58,840	\$73,550	\$88,260
6	\$67,480	\$84,350	\$101,220
7	\$76,120	\$95,150	\$114,180
8	\$84,760	\$105,950	\$127,140

por cada miembro adicional del hogar para ser elegible para asistencia financiera debe:

- cooperar con su compensación, auto o cualquier otra compañía de seguros.
- Tener la determinación de cualquier reclamación de incapacidad de asistencia médica.
- Han recibido elegibles, médicamente necesarios servicios médicos entregados a través de MVHC que están cubiertos por nuestro programa. Póngase en contacto con nosotros para obtener una lista de servicios cubiertos.
- Solicitar asistencia médica y otras formas de asistencia pública y privada según las pautas de elegibilidad aplicables.

Asegúrese de completar toda la aplicación:

- responder todas las preguntas sobre las copias de aplicación
- acople de los formularios necesarios
- signo y fecha de la aplicación

de correo o fax esta solicitud y las copias solicitadas a la siguiente dirección:

Ridgeview Le Sueur Medical Center
Attn: Departamento de finanzas
621 Sur cuarta calle
Le Sueur MN 56058
llamar: 507-665-8699
Fax: 507-665-2191

póngase en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta acerca de su elegibilidad para este programa.

Por favor devuelva la solicitud y copias a nosotros dentro de 30 días.

Puede que seamos capaces de ayudar con otros programas si usted no es elegible para el programa de asistencia financiera.



Te llamas: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección de calle: _____
 Ciudad: _____ Provincia/estado: _____ Zip: _____
 Casa No: _____ No. celular: _____

(Sólo para uso de oficina)
 Cuenta # _____

qué poseer o alquilar en esta dirección? que poseo. alquilo. no poseer o alquilar.

Si usted no tiene o rentar su casa, por favor explique donde vives: _____

Enumere las personas que viven con usted. (Sólo miembros del hogar que usted lo afirma en su declaración de impuestos si usted presentó la lista).

Nombre Apellido	Fecha de nacimiento	Relación contigo	Sí	No	En espera
_____	_____	_____	___	___	___
_____	_____	_____	___	___	___
_____	_____	_____	___	___	___
_____	_____	_____	___	___	___

marque aquí si lo hiciste no el año pasado de impuestos federales de archivo

Marque la casilla si su hogar tiene: (para todos los miembros del hogar)	envíe copias de más reciente:	monto mensual
empleo salarios/ingreso	mensual talones & impuestos federales del año pasado la forma 1040	\$
Tribal o ingreso	Per cápita declaración o premio letra	\$
autoempleo / renta agrícola / renta	último formulario de impuestos federales del año 1040 & programar C, F o E	\$
SSI / SSDI RSDI ingreso	más reciente estado de cuenta o premio letra	\$
asistencia pública (por ejemplo, cupones para alimentos TANF, MFIP)	carta de adjudicación o declaración de desempleo	\$
del Condado / impresión de historia WorkComp beneficio	de pagar o beneficio carta cónyuge	\$
niño apoyo ingreso	más reciente pago historia o banco declaración	\$
Pensión / jubilación VA beneficio	más reciente estado de cuenta bancario o premio letra anualidad	\$
/ dividendo / interés ingreso	más reciente declaración de banco	\$
Cuentas de cheques/ahorros/Money Market Savings/CDs/H.S.A., H.R.A, cuentas de ahorros de la flexión	2 últimas declaraciones completas para cada cantidad	\$
Sin ingresos - en el siguiente espacio, explicar cómo apoyar a ti mismo (¿cómo lidias con gastos diarios como alimento, facturas & vivienda)		\$

podemos solicitar más documentación de la información de arriba para completar el examen de su solicitud.

Por favor, marque la casilla si tienes:	valor estimado Total:
otra propiedad (además de su casa principal – como tierra, cabañas, tiempo compartido, etc.)	\$
vehículos recreativos (RVs, motocicletas, vehículos todo terreno, barcos, motos de nieve, etc.)	\$
jubilación & inversión accts (IRAs, sigo, acciones, bonos, fideicomisos, seguros de vida, etc.)	\$

Por la presente / le solicitamos que hacen MVHC una determinación de mi elegibilidad para el programa de asistencia financiera. Reconozco que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Yo entiendo que la información que envío estará sujeto a verificación por parte de MVHC, y si esto se determina que es falso, esto resultará en una negación del programa de asistencia financiera. Fracaso para completar esta solicitud y proporcionar los documentos justificativos completamente resultará en la negación de la aplicación.

Signature _____ Fecha _____

del solicitante gracias por completar esta solicitud! Su aplicación es buena para 6 meses desde la fecha que lo recibamos.