



## Financial Assistance

### Asistencia Financiera

McKenzie County Healthcare Systems (MCHS) se dedica a ofrecer a nuestros pacientes atención médica de calidad. Sabemos que el pago para los servicios puede ser un desafío financiero para usted en este momento. Por eso, le ofrecemos la oportunidad de solicitar ayuda financiera ofrecida en nuestro sistema de salud.

Adjunto a esta carta, encontrará una hoja de cálculo / aplicación para que demuestre su capacidad financiera. Complete este documento en su totalidad para ser considerado en el programa asistencia de nuestra organización. Si su situación financiera se ajusta a los criterios establecidos por MCHS, la totalidad o parte del saldo de su cuenta puede ser perdonado.

#### Con el fin de procesar esta solicitud se requiere:

- **El formulario adjunto completo en su totalidad**
- **Copia de los últimos dos talones de pago para cualquier asalariado que contribuye a los ingresos del hogar**
- **Copia de su reciente declaración de impuestos 1040, incluyendo todos los formularios necesarios.**
- **Si su reciente declaración de impuestos no está disponible, entonces necesitamos uno de lo siguiente:**

**Carta concediendo el Seguro Social**

**Prueba de no presentación de declaración de ingresos (llame al 1-800-829-1040 para obtener una copia.)**

Sabemos que las presentaciones de declaraciones de ingresos anteriores no reflejan adecuadamente sus circunstancias actuales. Si es así, por favor adjunte una breve nota que describa su situación financiera actual.

Una vez que hayamos revisado su solicitud, le comunicaremos nuestra decisión por escrito dentro de 30 días de recibir la solicitud. Si usted desea discutir su cuenta o tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al (701) 842-3000. El horario de la oficina es de lunes a jueves 7 a.m. - 6 p.m. y viernes 7 a.m. – 5 p.m.



Favor de responder a esta solicitud de información dentro de 30 días y devuelva la a nuestra oficina por fax seguro al (701) 842-6248 o por correo a McKenzie County Healthcare Systems, 709 4<sup>th</sup> Ave. NE Watford City, ND 58854.

Gracias por su negocio.

Cordialmente,  
McKenzie County Healthcare Systems

**709 4<sup>th</sup> Ave. NE**  
**WATFORD CITY, ND 58854**  
**(701) 842-3000**



Estado Financiero

Nombre		Fecha de Nacimiento		Cónyuge		Fecha de Nacimiento	
Dirección				Ciudad		Estado	Codigo Postal
Tiempo viviendo en residencia		Alquiler		País		Colonia	Pueblo
Años		Meses		¿Es de usted?		Ciudad de	
Numero de Telefono Celular		Numero de Telefono del Trabajo		Numero de Telefono de la Casa		Numero de Telefono	Numero de Telefono del Trabajo
Favor de poner todos los nombres de los quien viven en su hogar. (Agregué cuantas páginas adicionales sean necesarias).							
Apellido		Primero Nombre		Fecha de Nacimiento		Numero de Seguro Social	Relación al solicitante
1.							
2.							
3.							
4.							
<b>Propio</b>				<b>Pareja</b>			
Numero de Seguro Social				Numero de Seguro Social			
Empleo Por				Empleo Por			
Dirección de trabajo				Dirección de trabajo			
Ocupación		Pago por Hora		Ocupación		Pago por Hora	
¿Cuánto tiene de ser empleado?		Años Meses		Horas trabajadas por semana		¿Cuánto tiene de ser empleado?	
¿Ha Declarado bancarota? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Capítulo 7 <input type="checkbox"/> Capítulo 13 Fecha de iniciar <input type="text"/> Fecha de descargo <input type="text"/>							
¿Tiene algún juicio o embargos preventivos archivados contra usted? Si sí, favor de poner fecha e razón <input type="text"/>							
Nombre:		Seguro de solicitante primario		Seguro Secundario		Seguro de cónyuge primario	
Dirección:							
Pertenece:							
Número de group							
<b>Ingreso Propio</b>				<b>Ingreso conyugal</b>			
Salario/Ingreso				Salario/Ingreso			
Seguro Social/SSI/SSDI				Seguro Social/SSI/SSDI			
Asistencia publica				Asistencia publica			
Ingreso de Renta				Ingreso de Renta			
Jubilación o Pensión				Jubilación o Pensión			
Beneficios de Veteranos				Beneficios de Veteranos			
Compensación para Trabajadores/Desempleo				Compensación para Trabajadores/Desempleo			
Empezó Terminó				Empezó Terminó			
Manutención de niños/Pensión alimenticia				Manutención de niños/Pensión alimenticia			
Empezó Terminó				Empezó Terminó			
Otro				Otro			
Favor de indicar				Favor de indicar			
<b>TOTAL</b>				<b>TOTAL</b>			
<b>Ingreso mensual combinado</b>							
<b>Local</b>		<b>Cantidad/Valor</b>		<b>Local</b>		<b>Cantidad/Valor</b>	
Giros				Certificados de depósitos(CD)			
Ahorros				Acciones y Bonos			
Otro				Otro			



<b>Activos/Propiedad</b>	Auto/Mueble	Año/Marca/Modelo	Valor	Balance de Préstamo	Poseedor del titular	
		Año/Marca/Modelo	Valor	Balance de Préstamo	Poseedor del titular	
	Equipo Recreativo (lancha, moto nieve, etc.)	Año/Marca/Modelo	Valor	Balance de Préstamo	Poseedor del titular	
		Año/Marca/Modelo	Valor	Balance de Préstamo	Poseedor del titular	
	Otros Activos	Dirección/Pais			Balance de Préstamo	Valor Tasado
		Dirección/Pais			Balance de Préstamo	Valor Tasado
Bienes Raíces	Dirección				Valor Tasado	
	Pais		Balance de Hipoteca	Poseedor del titular		
<b>Gastos Mensuales</b>	Hipoteca/Renta	Aguas/Alcantarillado	Seguro de Auto	Seguro de Vida		
	Impuestos de bienes raices	Telefono/Celular	Comida	Seguro de Salud		
	Seguro de bienes raices	Cable	Guarderia	Medicamentos		
	Energia	Pago de Auto/mueble	Manutención de niños	Otro/Favor de indicar		
	Electricidad	Gasto de transportación	Equipo Recreacional	TOTAL		
<b>Tarjetas de crédito/Otros gastos</b>	Nombre de Tarjeta		Dirección		Balance	Pago Mensual
					TOTAL	
<b>GRAN TOTAL / TARJETAS DE CRÉDITO/OTROS GASTOS Y GASTOS MENSUALES</b>						

**CESIÓN DE DERECHOS (Favor de leer atentamente)**

709 4<sup>th</sup> Ave. NE  
**WATFORD CITY, ND 58854**  
 (701) 842-3000



Al firmar abajo, certifico que la información y las declaraciones contenidas en esta solicitud de Asistencia para el Cuidado Comunitario y la documentación de apoyo que presento son exactas, verdaderas y correctas a mi mejor conocimiento.

Entiendo que MCHS podrá hacer las solicitudes razonables de información adicional y comprobación si es necesario.

Entiendo que la información y las afirmaciones que he dado se mantendrán confidenciales por MCHS.

Entiendo que le realización de esta aplicación será posible que Sanford Health considerar mis circunstancias.

Entiendo que MCHS hace ninguna representación que la asistencia financiera está garantizada.

Yo/Nosotros certifico/certificamos que la información anterior es correcta y voluntariamente se autoriza que obtengan información de crédito con respecto a mi/nosotros.

Tengo copias adjuntas de los últimos 2 talones de sueldos para todos los asalariados que contribuyen al ingreso familiar.

He incluido una copia de la declaración de impuestos más reciente o documento equivalente.

He incluido una copia de la declaración de todos mis bienes raíces.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha