

Swift County-Benson Health Services
Solicitud de asistencia financiera

Solicitante/Responsable: _____
Apellido Nombre Inicial del 2.º nombre

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Inicial del 2.º nombre

Dirección del solicitante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección de correo electrónico:

¿Ha solicitado el solicitante asistencia médica? Si No
¿No es elegible el solicitante para recibir asistencia médica? Si No

**** Si no es elegible, adjunte una copia de la carta de denegación con esta solicitud.

CÁLCULO DE EXENCIONES

Tamaño de la familia: _____

Indique los nombres de todos los miembros de su familia y parentesco (incluido el nombre del solicitante):

Nombres	Relación

INFORMACIÓN DE INGRESOS

A. **Empleo:**

Número de seguro social del solicitante: _____ Empleador: _____

Número de seguro social del cónyuge: _____ Empleador: _____

B. Ingresos:

1. Envíe una copia de la declaración de impuestos del año pasado. (omite el paso 2 si envía su declaración de impuestos)
2. Si ha experimentado acontecimientos de la vida y una declaración de impuestos no representa su situación O BIEN no tiene una declaración de impuestos, complete la siguiente tabla y adjunte comprobante de ingresos:

Fuente de ingresos por mes	Solicitante	Cónyuge	INGRESOS TOTALES:
Empleo (monto bruto)			
Ingresos por intereses			
Seguro Social/SSI			
Discapacidad			
Compensación por desempleo			
Indemnización a los trabajadores			
Pensiones			
Manutención de los hijos			
Pensión alimenticia			
Asistencia pública			
Pago militar			
Otro:			
Otro:			
INGRESOS TOTALES:			

Entiendo que la información proporcionada está sujeta a verificación. Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto notificar a esta organización de inmediato sobre cualquier cambio en la información de este documento.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Devuelva la solicitud completa y la información solicitada a:
 Swift County-Benson Health Services
 Business Office Manager
 1815 Wisconsin Avenue
 Benson, MN 56215

Llame al 320-843-4232 si tiene preguntas; pregunte por la Oficina comercial.

SOLO PARA USO DE OFICINA:

Fecha de recepción de la solicitud:	
Ingresos verificados: SÍ/NO	% de descuento:
Denegado: SÍ/NO	Razón de la denegación:
Fecha de determinación:	Fecha de notificación al solicitante:

Aprobado por/Firma del personal de SCBHS: _____

Swift County-Benson Health Services
Requisitos para la divulgación financiera

La siguiente lista de verificación de los documentos solicitados ayudará a completar la solicitud y cumplir con los requisitos de divulgación financiera.

1. Formulario de solicitud:
 - a. Se debe completar y devolver.

2. Verificación de ingresos:
 - a. Todas las fuentes de ingresos: (Solicitante y cónyuge)
 - i. Copia de la declaración de impuestos del año pasado
 - ii. Copia de comprobante de ingresos

3. Número de exenciones determinadas en la declaración de impuestos.

4. Asistencia médica (MA):
 - a. Comuníquese con Servicios Humanos del Condado de Swift para solicitar asistencia médica.
 - i. Dirección: 410 21st Street South, Benson, MN 56215
 - ii. Número de teléfono: 320-843-3160
 - b. Envíe copias de la carta de determinación de MA con la solicitud (cartas de denegación o elegibilidad).

Nota: No enviar la información solicitada puede resultar en la denegación automática de la asistencia financiera de Swift County-Benson Health Services.