



## Solicitud de asistencia financiera de Children's

Marque todo lo que corresponda:

Minneapolis  St. Paul  Minnetonka  HTC  Homecare  Children's Hugo  Metro Peds  Partners in Pediatrics  Children's West St. Paul  Heart Clinic

Debe entregar una copia de su declaración de impuestos federales más reciente (con anexos) junto con esta solicitud.			
Su nombre		Fecha de nacimiento	Teléfono
Dirección		Ciudad	Estado
Código postal			
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado legalmente	Nombre del cónyuge	Fecha de nacimiento	n.º de dependientes, incluido usted
¿Tienen seguro médico los pacientes de Children's para los que está solicitando ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Miembros del hogar (Por favor, incluya al paciente o pacientes para los que está solicitando ayuda, a todos aquellos que aparezcan en su declaración de impuestos y a cada miembro de la familia que resida con usted.)			
Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	
Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	
Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	
Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	
Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	
Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	
Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	
Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	
Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	
Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	
Información de empleo			
Solicitante: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Otro:			
Cónyuge: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Otro:			
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si desea solicitar el seguro médico por parte del estado (Medical Assistance) y le gustaría que le llamara un asesor financiero para ayudarlo.			
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si ha solicitado seguro médico por parte del estado (Medical Assistance) a través de MNSure.org y ha incluido un comprobante de su solicitud.			
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si NO desea solicitar el seguro médico por parte del estado (Medical Assistance) y desea el descuento para aquéllos sin seguro médico.			
Lea y firme			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaro/Declaramos que la información divulgada en esta declaración financiera es exacta y completa a mi/nuestro mejor saber y entender. Entiendo/Entendemos que esta información es estrictamente confidencial y no será divulgada a terceros no asociados con los Hospitales y Clínicas Children's de Minnesota sin mi/nuestra autorización específica por escrito.</li> <li>• Autorizo/Autorizamos a los Hospitales y Clínicas Children's de Minnesota a recibir los registros federales y estatales de empleo y de la historia de ingresos, incluidos los registros de la agencia de seguridad de empleo del estado, para su consideración en el proceso de solicitud en conformidad con la política de pago reducido y atención no remunerada de los Hospitales y Clínicas Children's. Notificaré a Children's de cualquier cambio sustancial en las declaraciones proporcionadas en este formulario.</li> </ul>			
Firma del solicitante:			Fecha:
Firma del cosolicitante:			Fecha:
For Financial Counseling Use Only: Processed by/date _____ HH _____ GAI \$ _____			
Date Received _____ Reviewed by/date _____ FPL _____ % Discount _____ %			