



Programa de Asistencia Financiera y Fondo de Asistencia Médica Petersen

Programa de Asistencia Financiera del Centro Médico de Olmsted (Olmsted Medical Center)

El Centro Médico de Olmsted se complace en ofrecer nuestro Programa de Asistencia Financiera OMC. Este programa está disponible a todas las personas residentes de Minnesota que no tienen seguro o que su póliza no cubre todos los servicios considerados medicamente indispensables. Para ser elegible se compara el total de los ingresos y bienes de un candidato contra su situación actual.

El OMC también ofrece el fondo de Asistencia Médica Petersen. Si Usted clasifica, su solicitud se tendrá en cuenta no solo para ese Fondo sino también para el Programa de Asistencia Financiera.

Fondo de Asistencia Médica de Ihla y Carl Petersen

El Fondo de Asistencia Médica de Ihla y Carl Petersen fué establecido por la Fundación Regional del OMC gracias a la generosidad del difunto Carl Petersen en honor a su esposa Ihla. Al establecer éste fideicomiso perpetuo para sostener este fondo, el señor Petersen lo hizo con el fin de ayudar a personas y familias residentes en el Condado de Olmsted que, por situaciones ajenas a ellos, no tienen la capacidad económica de pagar los servicios médicos que necesitan del Centro Médico de Olmsted. El Fondo de Asistencia Médica Petersen no reemplaza la Asistencia Médica (Medical Assistance) ni ningún otro seguro.

Si usted considera que puede clasificar para asistencia financiera, favor diligenciar debidamente el formulario y devolverlo junto con copias de los documentos solicitados. Si desea hablar con alguien para más información, no dude en llamar al Centro Médico de Olmsted (OMC) al 507.287.2780.

Cuando la aplicación sea debidamente diligenciada, favor devolverla a **Olmsted Medical Center, PO Box 4300, Rochester, MN 55903.**

Si clasifica para recibir asistencia del Programa de Asistencia Financiera del OMC y/o del Fondo de Asistencia Médica Petersen de la Fundación Regional del OMC, las oficinas administrativas del OMC se lo notificarán. Si en un futuro, su situación económica cambia para bien, le invitamos a hacer una donación a la Fundación Regional del OMC con el fin de ayudar a otros más necesitados. Gracias.

Cuenta de la Clínica #: _____

Cuenta del Hospital #: _____

Nombre de la Cuenta: _____

Favor escribir en imprenta

Nombre del beneficiario: _____
(Favor imprimir) (Apellido) (ISN)

SS#: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género: ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Estado civil: Casado Divorciado Viudo Soltero Separado

Teléfono de la casa: _____ Número de hijos menores de 18 viviendo en la casa tiempo completo? ____

Es Residente de Minnesota? Sí o No (marque una) En qué condado vive usted? _____

Empleador: _____ Hace cuanto es empleado: _____

Salario (mensual): _____

Si está desempleado – Fecha de último empleo: _____ Empleo es por temporada: Sí o No (marque una)

Nombre del cónyuge: _____
(Favor imprimir) (Apellido) (ISN)

SS#: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Empleador: _____ Hace cuanto es empleado: _____

Salario (mensual): _____

Si está desempleado – Fecha de ultimo empleo: _____ Empleo es por temporada: Sí o No (marque una)

Ingreso adicional: Seguro Social Pensión Incapacidad Manutención Asistencia Pública
 Otro _____

Cuenta bancaria: (donde) _____ Bal. cuenta corriente: \$ _____ Bal. cuenta de ahorros: \$ _____

CASA: Propia, Titular de la hipoteca _____ Mensualidad: \$ _____

Valor comercial: \$ _____ Balance de la hipoteca: \$ _____ Costo original: \$ _____

Alquiler. Mensualidad: \$ _____

CARROS: Propio Financiado Mensualidades: \$ 1. _____ 2. _____

Saldos: \$ 1. _____ 2. _____ Años y modelos 1. _____ 2. _____

GASTOS MENSUALES: \$ _____ Teléfono/Móvil \$ _____ Alimentación \$ _____ Cable
\$ _____ Calefacción \$ _____ Agua/Alcantarillado \$ _____ Carro - gas/mantenimiento
\$ _____ Electricidad \$ _____ Impuesto predial \$ _____ Otro (especifique): _____

SEGUROS: de vida: \$ _____ de Salud: \$ _____ de carro: \$ _____

DEUDAS PENDIENTES CON BANCOS, TIENDAS U OTRAS INSTITUCIONES FINANCIERAS

Nombre del acreedor	Balance Original	Mensualidad	Saldo
(1) _____	_____	_____	_____
(2) _____	_____	_____	_____
(3) _____	_____	_____	_____
(4) _____	_____	_____	_____

Certifico que toda la información suministrada en esta solicitud es correcta y verdadera. Autorizo por medio de la presente la divulgación de la información requerida por OMC y autorizo a OMC a verificar cualquier información suministrada en esta solicitud, incluyendo la solicitud de mi reporte de crédito en caso necesario. Favor tener en cuenta que OMC revisará la información suministrada junto con el reporte de crédito para verificar las deudas detalladas.

Firma del Solicitante Fecha **Requerido**

Firma del Segundo Solicitante (Esposa(o)/Pareja) Fecha **Requerido**

Persona a Cargo Solicitante (mayor de 18 años o viviendo en casa) Fecha **Requerido**

OMC Patient Accounts Staff Signature Date

Patient Accounts Supervisor Signature Date

La información a continuación es requerida

Copias de los últimos 3 meses (90 días) de los comprobantes de pago del salario de todos los miembros del hogar; incluyendo beneficios de desempleo, manutención, y Seguro Social recibidos (requerido)

Razón por la cual se excluye esta información _____

La declaración de impuestos más reciente (incluya todos los documentos de soporte) (requerido)

Razón por la cual se excluye esta información _____

Extractos bancarios más recientes (corriente y ahorros), asegúrese de incluir los extractos bancarios completos (requerido)

Razón por la cual se excluye esta información _____

Impuesto de la Propiedad del Año en Curso (requerido)

Razón por la cual se excluye esta información _____

Prueba de la hipoteca (préstamo de la casa) (carta del banco o extracto bancario) (requerido)

Razón por la cual se excluye esta información _____

Prueba de residencia de Minnesota; ésta puede ser una de las siguientes: (requerida)

- **Copia de la licencia de conducir de Minnesota con foto**
- **Copia de tarjeta de identidad de Minnesota con foto**

Razón por la cual se excluye esta información _____

Al completar la solicitud, enviarla a:

Olmsted Medical Center
PO Box 4300
Rochester, MN 55903

Translated Versions – Consent – Financial Assistance Program and Petersen Patient Care Fund Application
English – 2050306 Spanish – 2030410