



Sleepy Eye Medical Center

400 4th Ave NW
Sleepy Eye, MN 56085-1109
877-794-3691

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Para que Sleepy Eye Medical Center procese su solicitud, se deben completar todas las secciones. Junto con su solicitud, envíe los siguientes documentos de todos los miembros de su hogar para que podamos verificar su situación financiera:

- Estados de cuenta bancaria (últimos dos meses)
- Talones de pago (últimos dos meses)
- Declaraciones de impuestos más recientes

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Complete toda la información a continuación con respecto a los datos demográficos e información sobre el seguro

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 SSN: _____ Número de teléfono: (____) _____ Correo electrónico: _____

SECCIÓN DOS: INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR ADICIONALES

Por favor, proporcione la siguiente información de todos los miembros de la familia inmediata que viven en su hogar.

A estos efectos, el término "familia" incluye al solicitante, al cónyuge del solicitante y a todos sus hijos menores de 18 años (naturales o adoptivos).

Nombre(s) de los miembros adicionales de la familia	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN FINANCIERA

Especifique cualquier ingreso que reciban los miembros de su hogar.

Origen de los ingresos	Ingresos brutos mensuales actuales Solicitante:	Ingresos brutos mensuales actuales - Cónyuge/otro
Ingresos por empleo		
Todas las demás fuentes de ingresos		

Si no tiene ingresos familiares, utilice este espacio para explicar la manera en que recibe ayuda:

SECCIÓN CUATRO: INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor, proporcione la información de su seguro de salud/coertura médica, si corresponde.

Nombre de la aseguradora: _____ Número de ID del suscriptor: _____
 Nombre del suscriptor: _____ Número de grupo: _____

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Aplicaré para cualquier asistencia estatal, federal o local para la cual pueda ser elegible para ayudar a pagar mis gastos médicos. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada, y autorizo a Sleepy Eye Medical Center a ponerse en contacto con terceros para verificar la precisión de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si yo, a sabiendas, proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para la asistencia financiera, cualquier ayuda financiera que se me haya concedido puede ser revertida, y seré responsable del pago de la(s) factura(s) médica(s). Doy mi permiso para que Sleepy Eye MedicalCenter se comunice conmigo a través de cualquier método proporcionado en esta solicitud.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____