



Allina Health  
Partners Care 10209  
PO Box 43  
Minneapolis MN 55440-0043

Allina Health  
Horas: lunes - jueves 8:00am – 4:30pm  
viernes 9:00am - 4:30pm  
(612) 262-9000 o (800) 859-5077  
Correo electrónico: AllinaPartnersCare@allina.com

Gracias por su interés en el programa de Allina Partners Care (APC por sus siglas). El APC es un programa de ayuda financiera a través de Allina Health que podría ayudarle con sus cuentas médicas de Allina Health. Le adjuntamos la solicitud para el APC. Por favor tome en cuenta los siguientes puntos al llenar la solicitud:

- El APC no es un seguro médico, y constituye ayuda financiera solamente para sus cuentas con Allina Health. Dado que no es un plan de seguro médico, el APC solamente cubre servicios facturados directamente a través de Allina Health. Esto quiere decir que solamente podría servir de ayuda con cargos por las instalaciones de Allina Health, y cargos incurridos con doctores empleados por Allina Health.
- El APC le ayuda con las cuentas por servicios que son médicamente necesarios, y no ayuda con cuentas por medicamentos por receta, servicios al detalle o algún servicio electivo.
- Al completar la solicitud, es importante que nos proporcione la información acerca de su seguro actual, sus ingresos y sus activos, incluso si su situación ha cambiado desde que incurrió las cuentas con Allina Health. El derecho a participar en el APC se basa en los ingresos y activos actuales de su hogar.

<b>Por favor utilice esta tabla como lista de control para completar la solicitud adjunta.</b>	
<b>Sección 1</b> Información sobre el/la solicitante	<input type="checkbox"/> La solicitud tiene que estar rellena por completo – <b>todas las casillas tienen que estar rellenas.</b> <input type="checkbox"/> ; La información en la solicitud tiene que corresponder <b>exactamente</b> a la documentación justificativa! <input type="checkbox"/> La solicitud tiene que estar firmada y fechada por el/la solicitante y su cónyuge o compañero/a (ver sección 2).
<b>Sección 2</b> Inclusión de dependientes	<input type="checkbox"/> Los dependientes mayores de 18 años solo serán considerados en el cálculo de miembros de la familia si fueron incluidos en la declaración de impuestos del año anterior. <i>Por favor póngalos también en la solicitud como dependientes.</i> Cualquier niño mayor de 18 tendrá que solicitar cobertura al programa de Allina Partners Care por separado. <input type="checkbox"/> Si está viviendo con un/una compañero/a y tienen un hijo menor juntos, consideraremos sus ingresos como ingreso familiar. Por favor incluya a su compañero/a e hijo/a en la solicitud, y proporcione toda la documentación financiera justificativa.
<b>Sección 3</b> Prueba de cobertura de seguro	<input type="checkbox"/> Si alguien incluido en la solicitud tiene cobertura actual de seguro médico, por favor indíquelo y envíenos una copia del frente y el dorso de la tarjeta de seguro médico. <input type="checkbox"/> Si alguien incluido en la solicitud no tiene seguro, necesitaremos una determinación por escrito del programa MA y/ o MNCareMedical Assistance y/ o MN Care.
<b>Sección 4</b> Prueba de balance de activos líquidos	Necesitamos fotocopias claras ( <b>no envíe originales, no serán devueltos</b> ) de lo siguiente: <input type="checkbox"/> Estados de cuentas bancarios, acciones, bonos, certificados de depósito, cuentas del mercado monetario. <input type="checkbox"/> Por favor envíenos un estado de cuentas mensual completo. Debe incluir su nombre, el nombre de la institución, todas las transacciones, el balance actual y una fecha. Un resumen bancario de la cuenta no es aceptable. La información en la sección 4 tiene que corresponder exactamente con lo que muestra la documentación justificativa.
<b>Sección 5, 6, 7, 8</b> Prueba de ingresos  * Envíe copias de todo lo que corresponde	<input type="checkbox"/> Copias de los 2 talonarios de pagos más recientes o declaración del empleador incluyendo 2 meses de paga (si está empleado/a). <input type="checkbox"/> Declaración de impuesto federal del año anterior. <input type="checkbox"/> Si los solicitantes no tienen ingresos, hay que completar una declaración de apoyo – Llame a nuestra oficina para obtener una copia si fuera necesario. <input type="checkbox"/> Necesitamos tener documentación justificativa para cualquier ingreso indicado en estas secciones. <input type="checkbox"/> Si está jubilado/a y recibe beneficios de seguro social, de una pensión o de pensiones vitalicias, por favor indique esa información en la sección 7 y envíe prueba del ingreso bruto. Los estados de cuentas bancarios que muestran depósitos no se aceptan como prueba de ingresos.

Si no está seguro/a sobre qué documentación incluir con su solicitud, o si necesita alguna otra ayuda con esta solicitud, por favor comuníquese con nosotros a los números de teléfono más arriba. Podría bajar una copia de esta solicitud en inglés, español o somalí en [www.allinahealth.org/financialassistance](http://www.allinahealth.org/financialassistance).

LDS

Cordialmente,  
Sus especialistas de Allina Partners Care



Allina Health  
Partners Care 10209  
PO Box 43  
Minneapolis, MN 55440-0043

# Allina Partners Care

## Solicitud de asistencia financiera

**IMPORTANTE: SI ESTA SOLICITUD NO ESTÁ COMPLETAMENTE RELLENADA, SE LE PEDIRÁ QUE COMPLETE UNA NUEVA.**

**1. SOLICITANTE PRIMARIO** (Si la solicitud es para un hijo menor de edad, escriba SU nombre aquí, e inscriba al niño como dependiente en la sección 2 a continuación)

Nombre de pila	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	
¿Es ciudadano/a de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es así, Numero de Seguro Social	Teléfono de casa	Otro teléfono	

**2. ¿OTROS VIVEN CON USTED?** ¿Tiene un cónyuge y /o cualquiera dependiente que viva en su hogar?  No  Sí - Llene a continuación  
\*Tenemos que considerar a toda la familia para revisar su inclusión en Allina Care Partners. Si vive con su pareja y comparten un hijo en común, debe enumerarlos a continuación e incluir la totalidad de su información financiera.

NOMBRE (de pila, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Ciudadano o nacional de los EEUU? (Sólo complete el 2b si <input checked="" type="checkbox"/> NO)	2b ¿Situación migratoria?	2b Nombre del patrocinador
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**\*\* DOCUMENTACIÓN DE SEGURO MÉDICO REQUERIDA \*\*:**

SI ALGUIEN QUE APARECE EN ESTA SOLICITUD NO TIENE COBERTURA MÉDICA (PROGRAMA MEDICAL ASSISTANCE, CARE MN, MEDICARE U OTRO): Por favor proporcione: explicación escrita con respecto a por qué no se ha obtenido un seguro y una carta actual y válida de determinación del programa MN CARE para esa persona, o documentación relativa a la exención de las normas de la ley de asistencia asequible. **\*\*UNA COPIA DE LA TARJETA DE COBERTURA MEDICA DEBE SER INCLUIDA.**

**3. INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO** Por favor conteste las siguientes preguntas para usted, así como para todas las personas que aparecen en la sección 2.

Por favor proporcione: una explicación escrita con respecto a por qué no se ha obtenido un seguro; una carta de determinación válida y vigente de MNCare para esa persona; o documentación relativa a la exención de las normas de la ley de asistencia asequible.

a. ¿Tiene Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B	¿Tiene Medicare su cónyuge o pareja? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B
b. Enumere seguro médico actual de cada uno de los miembros de la familia mencionados anteriormente: (Ejemplo: Mengana tiene Blue Cross Blue Shield)	(Escriba información de seguro aquí)
c. Si algún miembro de la familia mencionados anteriormente notiene seguro médico, por favor explique brevemente por qué.	(Explicación)

**Por favor envíe una copia del anverso y reverso de la tarjeta de seguro que a enumera cada persona que está cubierta por dicho seguro.**

**\*\* DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN DE ACTIVOS NECESARIOS \*\*:**

• Usted debe proporcionar sus estados de cuenta más recientes verificando el balance o valor de cada activo enumerado a continuación. Cada estado de cuenta debe identificarlo claramente a usted como propietario/a del activo. "La fecha del estado o estados cuenta se indicarán en la columna a. De la cuadrícula de abajo".

**4. ¿TIENE USTED (O SU CÓNYUGE O PAREJA, SI PROCEDE) ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE CUENTA O DE ACTIVOS?**

Cuenta de cheques.  Cuenta de ahorros.  Tarjeta de crédito pre-pagada  
(Complete más abajo)  Acciones/ /bonos  Certificados de depósito  Cuentas de Mercado Monetario.  Ningún activo

a. Fecha de estado de cuenta de documentos de verificación adjuntos (MM / AA)	b. Nombre del propietario del activo	c. Tipo de activo	d. Nombre de la institución financiera
<i>Ejemplo: 01/2016 (enero 2016)</i>	<i>Mengana</i>	<i>Cuenta de ahorros</i>	<i>Banco de Allina</i>

**\*\*DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS DE EMPLEO REQUERIDOS \*\*:**

PROPORCIONE (1) UNA COPIA DE SUS 2 TALONES DE CHEQUES MÁS RECIENTES DE CADA EMPLEADOR Y (2) UNA COPIA DEL FORMULARIO 1040 DE IMPUESTO FEDERAL DEL AÑO ANTERIOR

**5a. ¿ESTÁ USTED EMPLEADO?**  No  Sí Llene a continuación (Si necesita mas espacio usar otra hoja de papel)

**5b. ¿ESTÁ SU PAREJA EMPLEADO/A?**  No  Sí Llene a continuación (Si necesita mas espacio usar otra hoja de papel)

a. Nombre del empleado	b. Nombre del empleador	c. Sueldo o salario por hora	d. Horas trabajadas por semana	e. Propinas
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

**\*\* DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS DE EMPLEO AUTÓNOMO REQUERIDOS \*\*:**

PROPORCIONE UNA COPIA DEL FORMULARIO 1040 DE IMPUESTO FEDERAL DEL AÑO ANTERIOR INCLUYENDO TODOS LOS ANEXOS

**6a. ¿TRABAJA POR CUENTA PROPIA?**  No  Sí Llene a continuación (Si necesita mas espacio usar otra hoja de papel)

**6b. ¿TRABAJA SU PAREJA POR CUENTA PROPIA?**  No  Sí Llene a continuación (Si necesita mas espacio usar otra hoja de papel)

a. Nombre del trabajador por cuenta propia	b. Nombre del negocio	c. Fecha de comienzo	d. Ingresos anuales (línea 12 de su formulario 1040)
			\$
			\$

**\*\*DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN PARA ESTAS FUENTES DE INGRESOS REQUERIDOS \*\***

• **SEGURO SOCIAL, SSI, PENSIONES, DESEMPLEO, COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES, ASISTENCIA PÚBLICA:** Envíe el comprobante de la declaración de beneficios o carta de adjudicación que muestra cuánto recibe cada mes

• **UNA COPIA DE SU ESTADO DE CUENTAS BANCARIO NO ES ACEPTABLE COMO COMPROBANTE DE INGRESOS.**

• **TODA OTRA FUENTE DE INGRESOS:** Proporcione ya sea (1) documentos fiscales que muestren los ingresos recibidos, o (2) cualquier otra forma de documentación oficial que verifique los ingresos y la fuente.

• **PROPORCIONE UNA COPIA DEL FORMULARIO 1040 DE IMPUESTO FEDERAL DEL AÑO ANTERIOR INCLUYENDO TODOS LOS ANEXOS**

**7. ¿RECIBE USTED (O SU CÓNYUGE / PAREJA, SI PROCEDE) INGRESOS DE UNA FUENTE DISTINTA DEL TRABAJO?**

**INCLUYA:**

- Seguro social
- Apoyo conyugal
- Desempleo
- Intereses/Dividendos
- Manutención infantil
- Seguridad de ingreso suplementario (SSI)
- Compensación de trabajadores
- Ingresos por alquileres
- Anualidades
- Pensión de retiro
- Seguridad de ingresos suplementario para un niño menor de edad
- Fideicomisos
- Beneficios de veteranos
- Asistencia pública
- Cualquier otro ingreso income

No  Sí - Llene a continuación

**\*\*\* LAS CANTIDADES QUE APARECEN EN LA COLUMNA d MÁS ABAJO TIENEN QUE CORRESPONDER A LA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA EXACTAMENTE \*\*\***

a. Nombre del recipiente de los ingresos	b. Tipo de ingreso	c. Cantidad	d. Con qué frecuencia recibida
		\$	
		\$	
		\$	

**8. SI EL SOLICITANTE NO REPORTÓ INGRESOS, HAY QUE COMPLETAR UNA DECLARACIÓN DE APOYO. LLAME A NUESTRA OFICINA EL NUMBER 612-262-3952 PARA OBTENER UNA COPIA. SI TIENE FACTORES ADICIONALES QUE QUISIERA QUE CONSIDEREMOS CON SU SOLICITUD, POR FAVOR ENUMÉRELOS AQUÍ. USE UNA HOJA DE PAPEL ADICIONAL SI ES NECESARIO.**


**9. ANTES DE DEVOLVER ESTA SOLICITUD, ASEGÚRESE DE ADJUNTAR TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA COMO SE INDICA ANTERIORMENTE.**

Reconozco que la información en esta solicitud es verdadera y correcta según mi mejor entender, y por la presente autorizo a Allina Health a divulgar esta información a cualquier médico, clínica, afiliados, y / u otro hospital de la zona o la clínica a la que me refieran. También reconozco que debo inscribirme y utilizar plenamente y cumplir con (1) los programas de Minnesota Health Care para los que yo reúna los requisitos, o (2) cualquier seguro médico que pueda estar disponible para mí a través de un empleador, una central de salud (por ej.: MNsure), y que el no hacerlo podría resultar en mi eliminación del programa de Allina Partners Care.

FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE PRIMARIO
FECHA	FIRMA DEL CÓNYUGE O PAREJA

**EL PROCESAMIENTO TOMARÁ 30 DÍAS. USTED RECIBIRÁ NOTIFICACIÓN DE NUESTRA DECISIÓN POR CORREO**