

Date: _____

Patient Account #: _____

Programa de Atencion Comunitaria sin Cargo

Lo Que Sabemos

- Acuerdo con nuestros registros financieros, usted, o un miembro de su familia, ha recibio servicios medicos con Rayus Radiology, parte de Alomere Health, y su cuenta esta delincente.

Lo Que Hacemos

- Rayus Radiology, un servicio de Alomere Health eligió proporcionar una cantidad razonable de servicios sin cargo o con cargos reducidos a las personas que no pueden pagar la atención medica que necesitan.

Como califico para los servicios sin cargo?

- La elegibilidad se determina comparando Los ingresos financieros y activos familiares con las pautas establecidas por Alomere Health. Debe cumplir con los requisitos de ingresos y activos para calificar.

Como solicito la atencion sin cargo?

- Si una persona cree que ella o un miembro de su familia puede reunir los requisitos para recibir servicios sin cargo y desea solicitarlos, debe hacer una solicitud al Customer Service Department (Departamento de Servicios al Clientes)

Lo Que Usted Puede Hacer

- Cuando la aplicacion este completada, por favor de mandarla por uno de estos 3 medios:

Email
customerservice@RAYUSRadiology.com

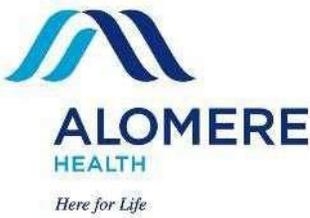
Fax
(952)905-5645

Mail
RAYUS Radiology
Attn: Customer Service Dept
5775 Wayzata Blvd. Suite 400 St
Louis Park, MN 55416

Para mas informacion por favor de llamar el Departamento de Servicios al Client a 866-225-6265.

RAYUS Radiology Formulario de Solicitud de Programa de Atencion Comunitaria Sin Cargo

Entiendo que la informaci6n que proporcione esta sujeta a verificaci6n por parte de Rayus Radiology, un servicio de Alomere Health y esta sujeta a revision final y determinaci6n por parte de la Junta Directiva de Alomere Health y otros, segun sea necesario. Al firmar esta solicitud, estoy declarando bajo pena de perjurio que examine esta solicitud y, segun mi leal saber y entender, es una declaraci6n verdadera y correcta de cada punto esencial. Tambien entiendo que, si se determina que la informaci6n que presento es falsa o engariosa, o si omito la informaci6n relevante solicitada, dicha determinaci6n dara lugar a una denegaci6n de beneficios en virtud del Programa de atenci6n sin cargo, y sere responsable de todos los cargos por los servicios prestados.



RAYUS RADIOLOGY UN SERVICIO DE ALOMERE HEALTH PROGRAMA DE ATENCION COMUNITARIA SIN CARGO

¿QUE ES EL PROGRAMA DE ATENCION COMUNITARIA SIN CARGO?

Rayus Radiology, un servicio de Alomere Health eligió proporcionar una cantidad razonable de servicios sin cargo o con cargos reducidos a las personas que no pueden pagar la atención médica que necesitan. En virtud de este programa, Rayus Radiology elige brindar servicios sin cargo o con cargos reducidos a las personas que reúnan los requisitos. Estos servicios incluyen cualquier servicio ambulatorio que Rayus Radiology, un servicio del hospital, brinde de forma habitual.

¿COMO CALIFICO PARA LOS SERVICIOS SIN CARGO?

La elegibilidad se determina comparando los ingresos y activos familiares con las pautas establecidas por Rayus Radiology, un servicio de Alomere Health. Debe cumplir con los requisitos de ingresos y activos para calificar.

¿PUEDO OBTENER SERVICIOS DE ATENCION MEDICA SIN CARGO?

Es posible que reciba servicios sin cargo si:

- intentó de forma razonable solicitar asistencia médica dentro de las plazas del programa;
- tiene activos netos que no superen los límites de activos establecidos por la Junta Directiva del Hospital;
- tiene ingresos que no superen los límites de ingresos establecidos por la Junta Directiva del Hospital;
- transfiere cualquier beneficio de seguro médico que se aplique a los servicios hospitalarios prestados;
- los servicios son médicamente necesarios.

¿COMO SOLICITO LA ATENCION SIN CARGO?

Si una persona cree que ella o un miembro de su familia puede reunir los requisitos para recibir servicios sin cargo y desea solicitarlos, debe hacer una solicitud al Customer Service Department (Departamento de Servicios al Cliente). Se requerirá la verificación de la elegibilidad. Rayus Radiology, un servicio de Alomere Health, proporcionará servicios cubiertos sin cargo o con cargo reducido a todas las personas que reúnan los requisitos que soliciten servicios sin cargo, al menos hasta que se agote su presupuesto para estos servicios.

La Junta Directiva del Hospital se reserva el derecho final de aprobar o denegar cualquier solicitud de servicios sin cargo.

MÁS INFORMACION

Esta información puede ayudarlo a decidir si desea solicitar los servicios de atención médica comunitaria sin cargo de Rayus Radiology, un servicio de Alomere Health. Esto no cubre todas las reglas del programa. Necesitaremos todos los datos sobre su situación antes de que se pueda determinar si reúne los requisitos. Para obtener más información sobre los servicios comunitarios sin cargo, comuníquese con el Departamento de Servicios al Cliente a 866-225-6265 o por correo electrónico a customerservice@rayusradiology.com

"Alomere Health y todos sus servicios cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Alomere Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo".

SOLICITUD DE ATENCION COMUNITARIA SIN CARGO

Por la presente solicito que Rayus Radiology, un servicio de Alomere Health determine la elegibilidad para los servicios sin cargo en Alomere Health, Alexandria Clinic, Heartland Orthopedic Specialists o Lakes ENT.

Nombre del paciente _____ Conyuge/progenitor si es menor _____

Fecha de nacimiento _____ Nro. de garante, siesta disponible _____

Direccion: _____

Ciudad, estado, codigo postal _____

Telefono (Hagar): _____ (Trabajo): _____ (Celular) _____

INGRESOS: El ingreso es el total de todos los ingresos en efectivo de la familia **sin deducir impuestos** de todas las fuentes, incluidos sueldos, salarios, desempleo, seguridad social, pensión alimenticia, asistencia pública, etc. Incluye recibos de trabajo por cuenta propia, trabajo agrícola o negocio después de la deducción de impuestos de gastos relacionados con el negocio.

Familia	100%		80%		60%		40%		20%	
	Anual	Mensual								
1	31,300	2,609	33,256	2,772	35,213	2,935	37,169	3,098	39,125	3,261
2	42,300	3,525	44,944	3,746	47,588	3,966	50,231	4,186	52,875	4,407
3	53,300	4,442	56,631	4,720	59,963	4,997	63,294	5,275	66,625	5,553
4	64,300	5,359	68,319	5,694	72,338	6,029	76,356	6,364	80,375	6,698
5	75,300	6,275	80,006	6,668	84,713	7,060	89,419	7,452	94,125	7,844
6	86,300	7,192	91,694	7,642	97,088	8,091	102,481	8,541	107,875	8,990
7	97,300	8,109	103,381	8,616	109,463	9,122	115,544	9,629	121,625	10,136
8	108,300	9,025	115,069	9,590	121,838	10,154	128,606	10,718	135,375	11,282

Para unidades familiares con más de ocho miembros, agregue \$917 por mes por cada miembro adicional.

SE DEBE INCLUIR UN COMPROBANTE DE INGRESOS O SE DENEGARA LA SOLICITUD

Ultimas 3 meses
calendario completados

Año anterior/Formularios
federales 1040 y W2

Salarios sin deducción de impuestos		
Formulario federal 1040 y anexo C por trabajo autonomo		
Formulario federal 1040 y anexo F por ingresos agricolas		
Asistencia publica		
Seguridad social sin deducción de impuestos		
Desempleo/indemnizacion por accidente laboral		
Pension alimenticia/manutencion de los hijos		
Asignaciones para familias militares		
Pensiones		
Ingresos par intereses, dividendos o rentas 0 cualquier otro:		
Total		

Tamaflo de la familia: _____ **Nombres de los familiares** _____

SOBRE

ICuales son los limites de activos para la atenci6n sin cargo?

Los activos son lo que usted posee, incluido dinero en efectivo, ahorros o propiedades que no son de propiedad familiar. Una persona que vive sola puede poseer \$12 000 en activos. Una pareja casada o una familia puede poseer \$28 000 en activos.

Los activos que no cuentan son la propiedad familiar, fondo de entierro prepagado de hasta \$3000, un vehiculo motorizado y activos comerciales o agricolas utilizados para respaldar el flujo de ingresos. Los lmites de valor de las activos son netos de lo que se debe contra cada activo.

	Si/No	Valor	Monto adeudado	Nombre de los propietarios
Dinero en efectivo				
Cuentas bancarias				
Seguro de vida/ valor en efectivo				
Acciones/bonos				
Fondos de entierro				
Lista de vehiculos. Marca y aflo <i>si tiene mas de uno</i>				
Propiedad que no es residencia principal				
Barco/moto, caravana				
Otros				
Valor total (neto)				

Si está buscando atención sin cargo por servicios ya prestados por Alomere Health, indique el lugar donde se prestó el servicio y las fechas aproximadas si las tiene disponibles.

Si está buscando una determinación de elegibilidad para servicios que aún no se prestaron, indique el tipo de servicio solicitado y la fecha aproximada en que se prestará el servicio. _____

Entiendo que la información que proporcioné está sujeta a verificación por parte de Alomere Health y está sujeta a revisión final y determinación por parte de la Junta Directiva de Alomere Health y otros, según sea necesario. Al firmar esta solicitud, estoy declarando bajo pena de perjurio que examiné esta solicitud y, según mi leal saber y entender, es una declaración verdadera y correcta de cada punto esencial. También entiendo que, si se determina que la información que presento es falsa o engañosa, o si omito la información relevante solicitada, dicha determinación dará lugar a una denegación de beneficios en virtud del Programa de atención sin cargo, y seré responsable de todos los cargos por los servicios prestados.

Firma: _____ Fecha: _____

“Alomere Health y todos sus servicios cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Alomere Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo”.