



Date: \_\_\_\_\_

Patient Account #: \_\_\_\_\_

**Programa de Atencion Comunitaria sin Cargo  
Solo para pacientes que han sido atendidos en el Hospital Alomere Health**

**Lo Que Sabemos**

- Acuerdo con nuestros registros financieros, usted, o un miembro de su familia, ha recibido servicios médicos con Rayus Radiology, parte de Alomere Health, y su cuenta está delinquente.

**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 médica que necesitan.

*¿Cómo 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.

*¿Cómo solicito la atención 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 aplicación esté completada, por favor de mandarla por uno de estos 3 medios:

Email

[customerservice@RAYUSRadiology.com](mailto:customerservice@RAYUSRadiology.com)

Fax

(952)905-5645

Mail

**RAYUS Radiology**

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

Para más información por favor de llamar el Departamento de Servicios al Cliente a 866-225-6265.

**RAYUS Radiology Formulario de Solicitud de Programa de Atención Comunitaria Sin Cargo**

Entiendo que la información que proporciono esta sujeta a verificación por parte de Rayus Radiology, un servicio de Alomere Health y esta 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.

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

**IQUE ES EL PROGRAMA DE ATENCION COMUNITARIA SIN CARGO?**

Rayus Radiology, un servicio de Alomere Health elige6 proporcionar una cantidad razonable de servicios sin cargo o con cargos reducidos a las personas que no pueden pagar la atenci6n medica que necesitan. En virtud de este programa, Rayus Radiology elige brindar servicios sin cargo o con cargos reducidos a las personas que reúnan las requisitos. Estos servicios incluyen cualquier servicio ambulatorio que Rayus Radiology, un servicio del hospital, brinde de forma habitual.

**I 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.

**IPUEDO OBTENER SERVICIOS DE ATENCION MEDICA SIN CARGO?**

Es posible que reciba servicios sin cargo si:

- intent6 de forma razonable solicitar asistencia medica dentro de las plazas del programa;
- tiene activos netos que no superen los limites de activos establecidos por la Junta Directiva del Hospital;
- tiene ingresos que no superen los limites de ingresos establecidos por la Junta Directiva del Hospital;
- transfiere cualquier beneficio de seguro medico que se aplique a los servicios hospitalarios prestados;
- los servicios son medicamente necesarios.

**I 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). 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.

**MAS 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](mailto:customerservice@rayusradiology.com)

## 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%	
Tamaño	Anual	Mensual								
1	31,920	2,660	33,915	2,827	35,910	2,993	37,905	3,159	39,900	3,325
2	43,280	3,607	45,985	3,833	48,690	4,058	51,395	4,283	54,100	4,509
3	54,640	4,554	58,055	4,838	61,470	5,123	64,885	5,408	68,300	5,692
4	66,000	5,500	70,125	5,844	74,250	6,188	78,375	6,532	82,500	6,875
5	77,360	6,447	82,195	6,850	87,030	7,253	91,865	7,656	96,700	8,059
6	88,720	7,394	94,265	7,856	99,810	8,318	105,355	8,780	110,900	9,242
7	100,080	8,340	106,335	8,862	112,590	9,383	118,845	9,904	125,100	10,425
8	111,440	9,287	118,405	9,868	125,370	10,448	132,335	11,028	139,300	11,609

Para unidades familiares con más de ocho miembros, agregue \$947 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  
fедерales 1040 y W2

Salarios sin deducción de impuestos		
Formulario federal 1040 y anexo C por trabajo autónomo		
Formulario federal 1040 y anexo F por ingresos agrícolas		
Asistencia pública		
Seguridad social sin deducción de impuestos		
Desempleo/indemnización por accidente laboral		
Pensión alimenticia/manutención de los hijos		
Asignaciones para familias militares		
Pensiones		
Ingresos por intereses, dividendos o rentas o cualquier otro:		
<b>Total</b>		

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_ Nombres de los familiares \_\_\_\_\_

## SOBRE

### **I Cuales son los límites de activos para la atención 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 prepago de hasta \$3000, un vehículo motorizado y activos comerciales o agrícolas utilizados para respaldar el flujo de ingresos.** Los límites de valor de los 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 vehículos. Marca y año si tiene mas de uno				
Propiedad que no es residencia principal				
Barco/moto, caravana				
Otros				
<b>Valor total (neto)</b>				

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".