



Servicios financieros para pacientes de Avera  
PO Box 8  
Mitchell, SD 57301  
(605)322-6470

[www.avera.org](http://www.avera.org)

Estimado/a paciente:

Gracias por elegir Avera para atender todas sus necesidades de atención médica. En consonancia con los principios de caridad y justicia, Avera surge como respuesta al llamado de Dios para la creación de un Ministerio de Sanación para los enfermos, ancianos y oprimidos, así como para proporcionar servicios de atención médica a todas las personas necesitadas, sin importar su raza, sexo, credo, origen nacional o capacidad de pago.

Antes de solicitar asistencia financiera, los solicitantes deben agotar todos los demás recursos, incluidos los programas estatales y federales.

Con el objetivo de verificar si es elegible para recibir asistencia financiera, necesitaremos que nos envíe la solicitud adjunta junto con la verificación de ingresos.

**Envíe la siguiente información a la dirección que figura en esta carta:**

1. Solicitud (adjunta).
2. Copia de la declaración de impuestos más reciente (si desarrolla actividades agrícolas o comerciales necesita presentar un balance general).
3. Copias de sus ingresos y estados de cuenta bancarios de los últimos dos meses.
4. Proporcione cualquier otra información relacionada que considere que podría ayudarnos a determinar su elegibilidad.

Al proporcionar toda la documentación, usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera que cubra total o parcialmente sus gastos.

**Si no completa toda la información requerida o falta documentación, la solicitud será devuelta o denegada.**

Si no devuelve los documentos en un plazo de 14 días hábiles contados a partir de la fecha indicada en esta carta, **se reanudarán las actividades de cobro adicionales.** Al recibir la solicitud y los documentos requeridos, se tomará una decisión rápida sobre su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Se le notificará por correo postal una vez que se haya tomado la decisión. Llame al 605-322-6470 si tiene alguna pregunta.

Atentamente,

Servicios financieros para pacientes de Avera  
Attn: Financial Counselor  
PO Box 8  
Mitchell, SD 57301  
Teléfono: 605-322-6470 Fax: 605-504-9230  
[averafinapp@avera.org](mailto:averafinapp@avera.org)

### Solicitud de asistencia financiera de Avera Health

Fecha del servicio: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Nombre(s) del solicitante: \_\_\_\_\_

**Si el paciente tiene menos de 18 años, necesitamos la información y los documentos de ambos padres.**

SOLICITANTE PRINCIPAL			
APELLIDO (en letra de imprenta)	NOMBRE (en letra de imprenta)	FECHA DE NACIMIENTO	
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	MI NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Línea fija <input type="checkbox"/> Negocio <input type="checkbox"/> Mensaje		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

CÓNYUGE/PAREJA			
APELLIDOS/NOMBRE (en letra de imprenta)	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE PRINCIPAL <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Miembro del hogar	
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	MI NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Línea fija <input type="checkbox"/> Negocio <input type="checkbox"/> Mensaje		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN SOBRE EL INGRESO DEL HOGAR			
Documentos de respaldo necesarios: talones de sueldo actuales de 3 meses y recibos de pago AH consecutivos			
NOMBRE DEL EMPLEADOR EN LETRA DE IMPRENTA (Parte Responsable)	CIUDAD	TELÉFONO DEL TRABAJO	INGRESOS BRUTOS MENSUALES
NOMBRE DEL EMPLEADOR EN LETRA DE IMPRENTA (Cónyuge)	CIUDAD	TELÉFONO DEL TRABAJO	INGRESOS BRUTOS MENSUALES

'Bruto = antes de impuestos o deducciones

#### Dependientes (si hay más de 4 dependientes, use una página separada)

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)
1.		
2.		
3.		
4.		

¿Personas sin hogar o que reciben atención en un centro médico para personas sin hogar?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es elegible para el programa de almuerzos escolares subvencionado?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es elegible para cupones para alimentos/programa WIC?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es elegible para otros programas de asistencia estatales o locales?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente/garante está encarcelado? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no tiene ingresos reportados, ¿cómo se le apoya? Explique a continuación:
¿Es elegible para vivienda con bajos ingresos/subsidiada?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El paciente/garante ha fallecido sin patrimonio? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**PARA LOS INGRESOS Y ACTIVOS ENUMERADOS, DEBE PROPORCIONAR LO SIGUIENTE PARA CADA MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empleo: talones de sueldo de 2 meses<br><input type="checkbox"/> Desempleo: carta de beneficios<br><input type="checkbox"/> Seguridad Social/Pensión: carta de beneficios<br><input type="checkbox"/> Declaración de impuestos: formulario 1040 y TODOS los anexos | <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos: verificación de los pagos recibidos (últimos 12 meses)<br><input type="checkbox"/> Estados de cuenta bancarios: TODAS las cuentas corrientes y de ahorro (últimos 2 meses)<br><input type="checkbox"/> Último recibo de sueldo de cualquier otro empleo en el año en curso<br><input type="checkbox"/> Otro: |
|---|---|

**Por la presente reconozco que la información brindada a Avera es verdadera y correcta. Autorizo a Avera a verificar cualquier información proporcionada por mí. Proporcionaré documentación de esta información cuando se solicite.**

Solicitante primario (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cónyuge/pareja (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe esta solicitud y la documentación de apoyo en un plazo de 14 días posteriores a la recepción:  
 Envíelo por correo a Avera Health P.O. Box 8 Mitchell, SD 57301 - Fax al 605-504-9230 - Correo electrónico a  
[AveraFinApp@Avera.org](mailto:AveraFinApp@Avera.org)