



Solicitud para Escala de Pagos

Esta solicitud debe ser completada por la persona financieramente responsable de la cuenta. Si hay varias partes financieramente responsables, cada una deberá completar su propia Solicitud de Tarifa Escalonada. Al completar esta solicitud, usted afirma que es la parte financieramente responsable.

Washburn Center for Children utiliza este formulario para determinar si usted califica para acceder a fondos de subvención o para una reducción de la tarifa de su saldo. Para presentar su solicitud, complete la información a continuación y devuelva este formulario junto con dos (2) talones de pago recientes o su declaración de impuestos más reciente.

Puede enviar su solicitud al Departamento de Facturación. Antes de enviarla, asegúrese de haber:

- Completado toda la información solicitada
- Adjuntado la documentación requerida (dos talones de pago o su declaración de impuestos más reciente)
- Firmado y fechado la solicitud

Las solicitudes incompletas no pueden ser procesadas. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Facturación al (612) 677-2899.

Nombre legal completo del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la parte responsable: _____

Parentesco con el cliente: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor legal ☐ Otro: _____

Dirección de la parte responsable:

Número de teléfono de la parte responsable: _____

Ingreso bruto anual \$: _____ Ingreso bruto mensual \$: _____

Tamaño de la familia: número de adultos: _____

Número de niños: _____

El cliente actualmente no tiene seguro: ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el estado actual de la solicitud de Seguro:

- ☐ Solicitando/Volviendo a solicitar cobertura de Asistencia Médica/Programas de Atención Médica de Minnesota (MA)/(MHCP)
- ☐ Solicitud de MA/MHCP en proceso
- ☐ Solicitando/Volviendo a solicitar seguro comercial
- ☐ Solicitud de seguro commercial en proceso
- ☐ No eligible para seguro

El Departamento de Facturación se comunicará con usted para brindarle información adicional sobre la reducción y las opciones de plan de pago, si es necesario. **Por favor notifique a nuestra oficina de inmediato sobre cualquier cambio en sus ingresos o en su situación de seguro médico.**

Firma de la parte financieramente responsable

Fecha

Envíe el formulario completado junto con el comprobante de ingresos a:

Fax: 612-767-3835 o
Correo postal: 1100 Glenwood Avenue, Minneapolis, MN 55405