

Solicitud de asistencia financiera para centros de Colorado y Montana

Instrucciones para completar este formulario:

Complete este formulario en su totalidad y entregue toda la documentación necesaria al centro Intermountain en el que recibió atención o a uno de los métodos de contacto que se indican arriba para que se procese su solicitud. No se otorgará asistencia económica a las personas que no completen el proceso de solicitud.

Presente la siguiente documentación:

1. Solicitud de asistencia financiera: completa en su totalidad, firmada y fechada.
2. Verificación de ingresos actuales del grupo familiar, como se indica abajo.

¿Es usted residente de Colorado? Sí No Tamaño actual de su grupo familiar _____ ¿Se encuentra sin hogar actualmente? Sí No

Nombre y apellido _____ Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Estado civil: _____ Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del empleador _____ Teléfono laboral _____

¿Hace cuánto tiempo trabaja para este empleador? _____ Años _____ Meses

Frecuencia de pago (indique) Semanal _____ Bisemanal _____ Dos veces al mes _____ Mensual _____

Nombre del cónyuge _____ Número del Seguro Social del cónyuge _____ Fecha de nacimiento del cónyuge _____

Teléfono particular del cónyuge _____ Teléfono celular del cónyuge _____

Nombre del empleador del cónyuge _____ Teléfono laboral _____

¿Hace cuánto tiempo trabaja para este empleador? _____ Años _____ Meses

Frecuencia de pago (indique) Semanal _____ Bisemanal _____ Dos veces al mes _____ Mensual _____

Miembros/dependientes adicionales del grupo familiar. Agregue los dependientes adicionales en un formulario por separado.

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Número del seguridad social	Relación

Ingresos mensuales actuales del grupo familiar

Tipo	Monto del paciente	Monto del cónyuge	Otro miembro adulto del grupo familiar	Tipo de verificación de ingresos necesaria
Ingresos por empleo (brutos)	\$	\$	\$	Copia del talón de pago más reciente o último, o una carta de su empleador que declare las ganancias brutas del último mes o del mes actual.
Ingresos por autoempleo (brutos)	\$	\$	\$	Estado de resultados o libros de contabilidad del mes anterior o actual. Declaración de impuestos actual, si corresponde.
Ingresos por pensión, jubilación, Seguro Social	\$	\$	\$	Copia de la(s) carta(s) de adjudicación <u>actuales</u> : pagos de pensión, pagos de cuentas de jubilación, etc. que exhiban el ingreso mensual.
Ingreso por desempleo, discapacidad, etc.	\$	\$	\$	Copia de la(s) carta(s) de adjudicación <u>actuales</u> .
Otro (enumere las fuentes): _____	\$	\$	\$	Por ejemplo: propinas, bonificaciones y comisiones.

Preguntas adicionales: Responda estas preguntas para asegurarse de que no se demore el proceso de solicitud por necesitar más información.	Sí	No
¿Algún integrante de su grupo familiar está embarazada?	<input type="checkbox"/> ¿Cuál integrante de su grupo familiar está embarazada? _____ _____ ¿Cuál es su fecha de parto? _____ _____	<input type="checkbox"/>
¿Usted le da el 50 % o más de respaldo financiero a alguien que vive fuera de su hogar y que desea incluir en el cálculo del tamaño de su grupo familiar (la persona puede vivir fuera del estado o fuera del condado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted o algún integrante de su grupo familiar reciben beneficios públicos? (por ejemplo, cupones para alimentos, Programa para Mujeres, Bebés y Niños [WIC] o comidas gratuitas o a precio reducido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted o algún integrante de su grupo familiar tienen seguro de salud?	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, indique el nombre de su compañía de seguros. _____ _____	<input type="checkbox"/>
¿Usted o algún integrante de su grupo familiar actual presentó una solicitud de Medicaid, Medicare o CHP+?	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, anote la fecha en la que presentó la solicitud. _____ _____	<input type="checkbox"/>
¿Alguna de sus facturas médicas de nuestros centros está relacionada con un accidente automovilístico o laboral?	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, indique la compañía de seguros. _____ _____	<input type="checkbox"/>
¿Está inscrito en un plan médico de Healthshare o de costos compartidos?	<input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, proporcione una explicación de la parte que le corresponde (EOS) _____ _____	<input type="checkbox"/>

Declaro que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que Intermountain Health solicita la verificación de ingresos antes de tomar cualquier determinación.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Lista de verificación de toda la información necesaria para completar el proceso de solicitud:

- Solicitud de asistencia financiera completa en su totalidad, firmada y fechada.
- Verificación de ingresos del grupo familiar.