

Solicitud de asistencia financiera para los centros de Colorado y Montana

Devolver información a:
CORREO: 500 El Dorado Blvd Ste 4300
 Broomfield, Co 80021
FAX: 303-272-0931
CORREO ELECTRÓNICO:
 Peaks_financialassistanceapps@imail.org

Instrucciones para completar este formulario:

Complete este formulario en su totalidad y devuelva toda la documentación requerida al centro de Intermountain donde recibió atención o a alguno de los métodos de contacto mencionados anteriormente para que se procese su solicitud. También puede presentar su solicitud en línea a través de MyChart. No se les proporcionará asistencia financiera a quienes no completen el proceso de aplicación.

Entregue la siguiente documentación:

1. Solicitud de asistencia financiera: completa en su totalidad, firmada y fechada.
2. Verificación de ingresos actuales del hogar que se indica a continuación.

Número de cuenta _____	Tamaño del hogar actual _____	¿Alguna vez experimentó la falta de vivienda? Sí _____ No _____	¿Es residente de Colorado? Sí _____ No _____
------------------------	-------------------------------	--	---

Nombre y apellido _____	Número del seguro social _____	Fecha de nacimiento _____
-------------------------	--------------------------------	---------------------------

Estado civil: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono fijo _____ Teléfono móvil _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo _____

¿Hace cuánto que trabaja para dicho empleador? _____ Años _____ Meses

Frecuencia de pago (indicar) Una vez a la semana _____ Dos veces a la semana _____ Dos veces al mes _____ Una vez al mes _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en este domicilio? _____ Años _____ Meses Si **fueron menos de tres meses**, indique el domicilio:

Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Desde (mes, año)	Hasta (mes, año)

Nombre del cónyuge _____	Número del seguro social del cónyuge _____	Fecha de nacimiento del cónyuge _____
--------------------------	--	---------------------------------------

Teléfono fijo del cónyuge _____ Teléfono móvil del cónyuge _____

Nombre del empleador del cónyuge _____ Teléfono del trabajo _____

¿Hace cuánto que trabaja para dicho empleador? _____ Años _____ Meses

Frecuencia de pago (indicar) Una vez a la semana _____ Dos veces a la semana _____ Dos veces al mes _____ Una vez al mes _____

Miembros o dependientes adicionales del hogar. Agregue a los dependientes adicionales en un formulario aparte.

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Número del seguro social	Relación

Ingresos mensuales actuales del hogar

Tipo	Ingreso del paciente	Ingreso del cónyuge	Otros adultos miembros del hogar	Tipo de verificación de ingresos requerida
Ingresos laborales (brutos)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	Copia del último cheque o del más reciente o una carta de su empleador que indique los ingresos brutos del último mes o del mes en curso.
Ingresos de trabajo por cuenta propia (brutos)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	Estado de pérdidas y ganancias o libros contables del mes anterior o del mes en curso. Declaración de impuestos actual si corresponde.

Pensión, jubilación, ingresos del Seguro Social	\$	\$	\$	Copia de la carta de concesión <u>actual</u> , los pagos de pensiones, los pagos de las cuentas de jubilación, etc. Mostrar los ingresos mensuales.
Subsidio por desempleo, ingresos por discapacidad, etc.	\$	\$	\$	Copia de la carta de concesión <u>actual</u>
Otro (indique la fuente): _____	\$	\$	\$	Ejemplo: propinas, bonificaciones y comisiones

Preguntas adicionales: responder estas preguntas garantiza que el procesamiento de su solicitud no se demore por falta de información adicional.	Sí	No
¿Usted o algún miembro de su hogar recibe beneficios públicos? (p. ej., cupones de alimentos, el Programa para mujeres, bebés y niños [WIC, por sus siglas en inglés] o comidas [almuerzos] gratis o con precio reducido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente, ¿usted o algún miembro de su hogar tiene seguro de salud?	<input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique el nombre de su compañía de seguros _____	<input type="checkbox"/>
¿Usted o algún miembro actual de su hogar presentó una solicitud para Medicaid, Medicare, CHIP o CHP+? <i>En caso afirmativo, proporcione la carta de denegación</i>	<input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la fecha en la que presentó la solicitud _____	<input type="checkbox"/>
¿Alguna de las facturas médicas emitidas por nuestros centros está relacionada con un accidente de tránsito o relacionado al trabajo?	<input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la compañía de seguros _____	<input type="checkbox"/>
¿Está inscrito en un plan médico de Healthshare o en un plan de costo compartido?	<input type="checkbox"/> En caso afirmativo, proporcione el documento de explicación de la participación (EOS, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/>
¿Hay alguna embarazada en su hogar?	<input type="checkbox"/> ¿Quién es la embarazada del hogar? _____ ¿Cuál es la fecha de parto? _____	<input type="checkbox"/>
Solo para los residentes de Colorado:		
¿Brinda un 50 % o más de apoyo financiero a alguien que vive fuera de su hogar y que le gustaría incluir en el cálculo del tamaño de su hogar (dicha persona puede vivir en otro estado o país)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les pedimos a los pacientes que solicitan asistencia financiera que busquen también otra financiación. Marque “Sí” o “No”.

¿Alguna de sus facturas médicas se deben a un accidente de tránsito o relacionado al trabajo?

Sí No En caso afirmativo, indique la compañía de seguros: _____

¿Está inscrito en un plan médico de Healthshare?

Sí No En caso afirmativo, proporcione el documento de explicación de su costo compartidos (EOS, por sus siglas en inglés)

¿Su empleador le reembolsa algún deducible o costos de atención médica?

Sí No

¿Solicitó algún otro programa de asistencia estatal, tal como Crime Victims?

Sí No Vaya al cuadro anterior

Si es necesario, use el espacio a continuación para agregar la explicación o el motivo por el que solicita asistencia financiera. Puede adjuntar una hoja por separado si necesita más espacio. Es posible que se requiera una verificación adicional.

Por la presente declaro que la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si proporciono información falsa o engañosa para obtener la asistencia financiera de Intermountain Health, mi solicitud será rechazada y es posible que afecte negativamente a mis futuras solicitudes de asistencia. Comprendo que Intermountain Health requiere la verificación de ingresos antes de tomar cualquier decisión.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

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

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