



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

Solicitud de asistencia financiera para los centros de Colorado y Montana

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** _____ ¿En qué estado vive? _____

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

Estado civil _____ Correo electrónico _____ N.º de teléfono _____ Domicilio _____
 Ciudad/condado _____ 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_Cada dos semanas _____ Dos veces al mes _____ Mensualmente _____

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

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

Nombre del cónyuge _____ Número del seguro 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_Cada dos semanas _____ Dos veces al mes _____ Mensualmente _____

Miembros o dependientes adicionales del hogar. Incluya si hay un niño no nacido si corresponde. Agregue cualquier dependiente adicional en otro formulario. (Los miembros del hogar deben coincidir con la pregunta sobre el tamaño actual del hogar antes mencionada)

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Número del seguro social	Relación

Ingresos brutos mensuales actuales del hogar

Tipo	Ingreso del paciente	Ingreso del cónyuge	Otros adultos Familiares	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 más reciente, 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 más reciente
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, ¿recibe o planea recibir atención en un centro de cáncer de Intermountain Health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente, ¿usted o algún miembro de su hogar tiene seguro de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, indique el nombre de su compañía de seguros _____	
¿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"/>	<input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, indique la fecha en la que presentó la solicitud _____	
¿Alguna de las facturas médicas emitidas por nuestros centros está relacionada con un accidente de tránsito o relacionado al trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, indique la compañía de seguros _____	
¿Está inscrito en un plan médico de Healthshare o en un plan de costo compartido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, proporcione el documento de explicación de la participación (EOS, por sus siglas en inglés) _____	
¿Hay alguna embarazada en su hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ¿Quién es la embarazada del hogar? _____ ¿Cuál es la fecha de parto? _____	
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)?

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

- ¿Su empleador le reembolsa algún deducible o costos de atención médica? __ Sí __ No
- ¿Solicitó algún programa de asistencia estatal como Víctimas de delitos? __ Sí __ No

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.



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

We provide language assistance and appropriate auxiliary aids and services free of charge. Please see staff for assistance.

Arabic	المساعدة على للحصول الفريق مراجعة يُرجى. مجانًا المناسبة الإضافية والخدمات والمساعدات اللغوية المساعدة نقدم	العربية
Chinese	我们免费提供语言协助和适当的辅助工具及服务。如需帮助，请咨询工作人员。	中文
French	Nous fournissons gratuitement une assistance linguistique et des aides et services auxiliaires appropriés. Consultez le personnel pour obtenir de l'aide.	français
German	Wir bieten sprachliche Unterstützung und angemessene zusätzliche Hilfen und Dienstleistungen kostenlos an. Bitte wenden Sie sich an unser Personal, um Unterstützung zu erhalten.	Deutsch
Hindi	हम भाषा सहायता और उपयुक्त सहायक उपकरण व सेवाएं ननि: शुल्क प्रदान करते हैं। सहायता के लिए स्टाफ से नमिं।	नहन्दी
Italian	Forniamo supporto linguistico, ausili e servizi pertinenti gratuiti. Per assistenza, rivolgersi al personale.	italiano
Japanese	言語サポート、および適切な補助やサービスを無償でお届けします。対応スタッフをご確認ください。	日本語
Korean	저희는 언어 지원 서비스와 적절한 보조 장비 및 서비스를 무료로 제공합니다. 도움이 필요하면 직원에게 문의하십시오.	한국어
Portuguese	Fornecemos assistência linguística e auxílios e serviços auxiliares apropriados gratuitamente. Consulte a equipe para obter assistência.	português
Russian	Мы предоставляем языковую поддержку, а также необходимые вспомогательные средства и услуги бесплатно. Обратитесь за помощью к персоналу.	Русский
Somali	Waxa aanu bixinaa kaalmo luuqadeed iyo kaalmada maqalka ee haboon iyo adeegyo bilaash ah, U tag shaqaalaha wixii kaalmo ah.	Soomaali
Spanish	Ofrecemos asistencia lingüística, así como también ayuda y servicios auxiliares adecuados, de forma gratuita. Consulte al personal para obtener ayuda.	español
Tagalog	Naghahatid kami ng tulong sa wika at ng naaangkop na mga kasamang tulong at serbisyo nang libre. Makipag-ugnayan sa mga kawani para sa tulong.	Tagalog
Tongan	'Oku mau fakahoko 'a e tokoni 'i he leá mo vahevahe 'o 'ikai ha totongi 'a e ngaahi naunau mo e sēvesi tokoni ki ha faingata 'a 'ia fakaefetu 'utaki. Sio ki ha taha ngāue ke tokoni atu.	faka-Tonga
Vietnamese	Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cùng với các dịch vụ và trợ giúp bổ sung phù hợp miễn phí. Vui lòng đến gặp nhân viên để được hỗ trợ.	tiếng Việt

