

**Solicitud de Asistencia Financiera**

**Antes de completar su solicitud de asistencia financiera, lea detenidamente todo el documento.**

Política

La asistencia financiera está disponible para personas calificadas que reciben (1) servicios de emergencia o (2) servicios no programados y no electivos y que no pueden pagar por dichos servicios. La asistencia financiera no debe considerarse como un sustituto de la responsabilidad personal.

Requisitos de solicitud

* Para ser elegible para la asistencia financiera como paciente indigente, desde el punto de vista médico, *el paciente debe ser incapaz de pagar la factura pendiente* después del pago de terceros pagadores.
* El paciente puede calificar para un descuento financiero basado en los ingresos brutos anuales totales de su hogar.
* Todos los solicitantes de asistencia financiera deberán proporcionar documentos de verificación de ingresos de respaldo, así como una solicitud completa de asistencia financiera.
* El paciente dispone de 6 meses desde la fecha del servicio para solicitar asistencia financiera.

Cálculo de ingresos

* A efectos de determinar la elegibilidad financiera para el programa de asistencia financiera, los ingresos incluyen todas las sumas recibidas antes de impuestos de todas las fuentes, incluyendo, entre otras, pagos de herencia, ahorros actuales, ingresos netos por alquiler, pensión alimenticia, asignaciones familiares militares, pensiones o planes de jubilación de empleados, pagos de jubilación militar, pagos a veteranos, ingresos netos de la agricultura y autoempleo agrícola, regalías, pagos de seguridad social, jubilación de ferrocarriles, compensación por desempleo, pagos regulares de seguros o anualidades, ganancias de juegos de azar/lotería, intereses, ingresos periódicos de herencias o fideicomisos, beneficios por huelga de fondos sindicales, asistencia pública (incluyendo ingreso de seguridad suplementaria), pensiones privadas y compensación laboral.
* Los ingresos no incluyen Medicare, Medicaid, cupones de alimentos, fondos de asistencia para calefacción, almuerzos escolares o asistencia de vivienda, la parte pagada por el empleador o el sindicato de seguros de salud u otros beneficios complementarios para empleados, alimentos o vivienda recibidos en lugar de salarios, regalos, préstamos, asistencia basada en necesidades de organizaciones sin fines de lucro, becas o préstamos universitarios, manutención de hijos o pagos de cuidado de crianza, ni asistencia por desastres.

Documentos a completar y devolver para determinación de asistencia financiera

* Una solicitud de asistencia financiera completada.
* Declaraciones de impuestos federales - Proporcione las declaraciones del impuesto federal sobre la renta de personas físicas del año en curso y del año anterior **si es autónomo**.
* Cuentas bancarias: facilite copias de los extractos bancarios más recientes de los últimos tres meses de todas las cuentas corrientes y de ahorro.
* Recibos de sueldo: Proporcione los 4 recibos de sueldo más recientes.
* Comprobante de alquiler y/o hipoteca.

**Si no reenvía la solicitud completada junto con la documentación solicitada en un plazo de 15 días hábiles, la solicitud será denegada. Si tiene alguna pregunta, llame al 719-530-2475. Envíe la solicitud a HRRMC, PO Box 429, Salida, CO 81201.**

**Solicitud de Asistencia Financiera 2024**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de miembros de la familia que viven en el hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Cónyuge/Dependientes)

¿Ha solicitado recientemente HealthFirst (Medicaid) u otros programas de asistencia médica? Sí / No

**Verificación de ingresos (Enumere todas las personas del hogar que generan ingresos)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *NOMBRE* | *RELACIÓN CON EL PACIENTE* | *NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR* | *INGRESOS BRUTOS/MES* | *INGRESOS NETOS/MES* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**VERIFICACIÓN DE OTROS INGRESOS (Enumere todas las personas de la unidad familiar con otros ingresos)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tipo* | *Beneficiario* | *Total mensual* |
| Desempleo o compensación laboral |  |  |
| Seguro social |  |  |
| Plan de jubilación o pensión |  |  |
| Prestaciones de Asuntos de Veteranos |  |  |
| Comisiones, bonificaciones, regalos, propinas |  |  |
| Pensión alimenticia |  |  |
| Cuentas fiduciarias |  |  |
| Ingresos por intereses |  |  |

**RECURSOS (Enumere todos los recursos que poseen los miembros del hogar)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Recurso* | *Nombre del banco* | *Propietario* | *Saldo disponible* |
| Cuenta corriente nº 1 |  |  |  |
| Cuenta corriente nº 2 |  |  |  |
| Cuenta de ahorro nº 1 |  |  |  |
| Cuenta de ahorro nº 2 |  |  |  |

**BIENES PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Descripción* | *Monto de la hipoteca/préstamo* | *Pago mensual* |
| Residencia principal |  |  |
| Propiedad en alquiler |  |  |

|  |
| --- |
| Afirmo que toda la información que figura en esta solicitud es verdadera y correcta.  Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Se DEBE presentar la siguiente información:**  **\*\*Cantidad que paga en alquiler y/o hipoteca**  **\*\*Cuatro (4) recibos de sueldo más recientes del empleador**  **\*\*Tres (3) meses de extractos bancarios de todas las cuentas, que deben incluir el mes más reciente de los extractos bancarios**  **\*\***Declaraciones del impuesto federal sobre la renta de personas físicas del año en curso y del año anterior **(sólo para autónomos)**  **Enviar la solicitud a: HRRMC, PO Box 429, Salida, CO 81201**  *Nota: La información obtenida se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para la determinación de la Asistencia Financiera.* |