

**Solicitud de asistencia financiera**

**Antes de completar su solicitud de asistencia financiera, lea toda la planilla**

Política

Se dispone de asistencia financiera para personas calificadas que reciben servicios no electivos (1) de emergencia o (2) no programados y que no pueden pagar el costo de esos servicios. La asistencia financiera no debe considerarse un sustituto de la responsabilidad personal.

Requisitos para solicitar asistencia

* Para ser elegible para recibir asistencia financiera en calidad de paciente indigente, *el paciente debe ser incapaz de pagar el saldo de la factura médica* adeudado después del pago efectuado por terceros.
* El paciente puede calificar para recibir un descuento financiero en función de su ingreso bruto familiar anual.
* Todos los solicitantes de asistencia financiera deberán presentar documentación de verificación de ingresos y una solicitud de asistencia financiera completa.
* El paciente tiene 6 meses desde la fecha del servicio para solicitar asistencia financiera.

Estimación de ingresos

* A los efectos de determinar la elegibilidad financiera para el programa de asistencia financiera, los ingresos comprenden todo el dinero recibido antes de descontar impuestos de todas las fuentes, que incluyen, entre otras, pagos de patrimonio, ahorros actuales, ingreso neto por renta, pensión conyugal, asignaciones para familias de militares, pensiones o planes de jubilación de empleados, pago de jubilación militar, pagos a veteranos, ingresos netos de establecimientos agrícolas y del trabajo autónomo en establecimientos agrícolas, regalías, pagos del seguro social, retiro de personal ferroviario, compensación por desempleo, pagos regulares de seguro o renta vitalicia, ganancias por juego/lotería, intereses, ingresos periódicos de propiedades o fideicomisos, beneficios por huelga de fondos del sindicato, asistencia pública (incluido el ingreso de seguridad suplementario), pensiones privadas e indemnización por accidentes laborales.
* Los ingresos no incluyen Medicare, Medicaid, cupones de alimentos, fondos de asistencia para calefacción, almuerzos escolares o asistencia habitacional, la porción del seguro de salud pagada por el empleador o el sindicato u otros beneficios laborales complementarios, alimentos o vivienda recibidos en lugar de salario, obsequios, préstamos, asistencia de organizaciones sin fines de lucro basada en necesidades, becas o préstamos universitarios, manutención infantil o pagos por cuidado de crianza, o asistencia para el alivio de catástrofes.

Documentos que se deben completar y devolver para su revisión por asistencia financiera

* Una solicitud de asistencia financiera completa.
* Declaración de impuestos federales – Presentar declaración de impuestos federales del grupo familiar del año en curso y del año pasado **únicamente si es trabajador independiente**.
* Cuentas bancarias – Presentar copias de los resúmenes bancarios de los últimos 3 meses, de todas sus cuentas corrientes y de ahorros.
* Recibos de sueldo – Presentar 4 de los recibos de sueldo más recientes.
* Comprobante de alquiler y/o hipoteca.

**Si no devuelve la solicitud completa junto con la documentación requerida en un plazo de 15 días hábiles, la solicitud será rechazada. Si tiene alguna duda llame al 719-530-2475. Envíe la solicitud a HRRMC, PO Box 429, Salida, CO 81201.**

Solicitud de asistencia financiera 2021

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

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

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

Número del seguro social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona responsable (si el paciente es un menor): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Cónyuge/Dependientes)

¿Solicitó recientemente asistencia de HealthFirst (Medicaid) o de otros programas de asistencia médica? Sí / No

**Verificación de ingresos (Enumere todas las personas del grupo familiar que están empleadas)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *NOMBRE* | *RELACIÓN CON EL PACIENTE* | *NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR* | *INGRESO BRUTO/MENSUAL* | *INGRESO NETO/MENSUAL* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**VERIFICACIÓN DE OTROS INGRESOS (Enumere todas las personas del grupo familiar con otros ingresos)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tipo* | *Beneficiario* | *Total mensual* |
| Compensación por accidentes de trabajo o por desempleo |  |  |
| Seguridad social |  |  |
| Plan de jubilación o pensión |  |  |
| Beneficios de Asuntos de Veteranos |  |  |
| Comisiones, bonos, obsequios, propinas |  |  |
| Pensión conyugal |  |  |
| Cuentas de fideicomisos |  |  |
| Ingresos por intereses |  |  |

**RECURSOS (Enumere todos los recursos pertenecientes a las personas del grupo familiar)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Recurso* | *Nombre del banco* | *Titular* | *Saldo disponible* |
| Cuenta corriente N.°1 |  |  |  |
| Cuenta corriente N.°2 |  |  |  |
| Cuenta de ahorros N.°1 |  |  |  |
| Cuenta de ahorros N.°2 |  |  |  |

**BIENES PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Descripción* | *Importe de hipoteca/préstamo* | *Pago mensual* |
| Residencia primaria |  |  |
| Propiedad alquilada |  |  |

|  |
| --- |
| Afirmo que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta.  Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **DEBE presentarse la siguiente información:**  **\*\*Lo que paga de alquiler y/o hipoteca**  **\*\*Cuatro (4) recibos de sueldo más recientes**  **\*\*Tres (3) resúmenes bancarios mensuales de todas sus cuentas; debe incluir el resumen bancario más reciente**  **\*\***Declaración de impuestos federales del grupo familiar del año en curso y del año pasado **(únicamente si es trabajador independiente)**  **Enviar solicitud a: HRRMC, PO Box 429, Salida, CO 81201**  *Nota: La información obtenida se mantendrá en reserva y se usará únicamente para determinación de asistencia financiera.* |