

Solicitud de Asistencia Financiera

Estimado paciente:

Adjunto encontrará nuestra solicitud de asistencia financiera. Debe completar toda la solicitud y devolverla con toda la documentación necesaria (ver más abajo).

Por favor no envíe documentos originales ya que no le serán devueltos.

Si no se recibe toda la documentación necesaria, el proceso de solicitud se demorará o denegará.

Los asesores financieros no podrán procesar solicitudes incompletas. Una solicitud incompleta puede resultar en que su cuenta se considere no elegible para recibir ayuda financiera.

Toda la información que se reciba se mantendrá confidencial.

Puede recibir declaraciones o llamadas telefónicas hasta que se procese su solicitud de asistencia financiera.

Nuestro Programa de Ayuda Financiera se basa en que los pacientes o las personas responsables brinden y presenten información financiera verdadera y precisa. Se excluirá automáticamente de cualquier tipo de consideración en relación con este programa a los pacientes o personas responsables que intencionalmente realicen declaraciones falsas sobre la información de su grupo familiar. La determinación de la intencionalidad de las declaraciones falsas es un derecho exclusivo de PSMC.

Responda las siguientes preguntas:

1. ¿Ha realizado una solicitud de servicios de Medicaid o CHP+? Sí No
 2. ¿Cuándo realizó la solicitud de servicios de Medicaid o CHP+? (fecha) _____
 3. ¿Cuál es el estado de su solicitud de Medicaid o CHP+? Aprobada Denegada Pendiente
 4. ¿Hay alguna mujer embarazada en el grupo familiar? Sí No
 5. ¿Qué miembro del grupo familiar está embarazada? (nombre) _____
 6. ¿Hay alguna persona con discapacidad en el grupo familiar? Sí No
 7. ¿Qué miembro del grupo familiar tiene discapacidad? (nombre) _____
 8. ¿Los miembros del grupo familiar que tienen discapacidades han solicitado beneficios mediante el Seguro Social? Sí No
 9. ¿Los miembros del grupo familiar mayores de 18 tienen capacidad para trabajar? Sí No
 10. Si no tienen capacidad para trabajar, explique por qué. (razón) _____
 11. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar cuenta con cobertura de salud de terceros? Sí No
 12. Especificar el tipo: (Medicare, Medicaid, CHP+, Seguro, Otro) _____
 13. ¿Alguno de los miembros del grupo familiar ha recibido CICP o ayuda financiera anteriormente? Sí No
 14. Si la respuesta es sí, indique el tipo. (nombre) _____
 15. ¿Alguna vez se ha declarado en bancarrota? Sí No
 16. ¿Dónde y cuándo se declaró en bancarrota? (dónde/cuándo) _____
 17. ¿Espera que sus ingresos cambien durante el próximo año? Sí No
 18. Si es así, ¿qué tipo de cambio espera que ocurra? (explique) _____
-

Solicitud de Asistencia Financiera

La siguiente documentación es obligatoria para presentar la solicitud del Programa de Ayuda Financiera

Por favor no envíe documentos originales ya que no le serán devueltos.

Ingreso:

- ✓ Última declaración del impuesto sobre la renta federal completada y declaración de retenciones W-2.
- ✓ Un (1) mes de los recibos de sueldo consecutivos más recientes o una declaración del empleador que debe incluir el nombre del empleador, dirección, número de teléfono, el número de identificación impositiva (de impuestos), la fecha de contratación, el sueldo y el promedio de horas de trabajo por semana.
- ✓ Auto empleo o trabajo por cuenta propia: La declaración completa de pérdidas y ganancias del último mes y los depósitos brutos de tres (3) meses consecutivos.
- ✓ Declaración de ingresos por desempleo
- ✓ Declaraciones de indemnización por incapacidad (por ejemplo, SSI, SSDI, otra)
- ✓ Ingresos del Seguro Social (declaración anual de beneficios)
- ✓ Declaraciones de beneficios de jubilación y pension
- ✓ Notificaciones de ayuda del gobierno (incluidas las del programa Aid to the Needy and Disabled, TANF, LEAP, estampillas para alimentos, WIC, etc.).
- ✓ Manutención de hijos recibida
- ✓ Pensión alimenticia recibida
- ✓ En caso de no tener ningún ingreso y de que alguien le esté ayudando, esa persona deberá escribir una carta en la que se indique el tipo de ayuda que se está brindando y que incluya el nombre en letra de imprenta, la dirección, el número de teléfono y la firma de dicha persona.
- ✓ Los estados de cuenta de cuentas de los dos últimos meses de las cuentas de cheques y ahorros

Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre _____ Número de cuenta _____

Persona responsable		
Nombre	Estado civil	Número de seguridad social
Dirección, Ciudad, Estado, C.P.	Desde cuándo vive en esta dirección	Teléfono particular Fecha de nac.
Nombre y dirección de los empleadores (si está empleado, desde hace cuánto tiempo)		Teléfono laboral
Nombre del cargo	Ingresos mensuales/brutos (indique la fuente y el monto de todos los ingresos)	Antigüedad en el empleo actual
Cónyuge		
Nombre	Estado civil	Seguridad social
Dirección, Ciudad, Estado, C.P.	Desde cuándo vive en esta dirección	Teléfono particular Fecha de nac.
Nombre y dirección de los empleadores (si está empleado, desde hace cuánto tiempo)		Teléfono laboral
Nombre del cargo	Ingresos mensuales/brutos (indique la fuente y el monto de todos los ingresos)	Antigüedad en el empleo actual
Cobertura de Medicaid		
¿Ha solicitado cobertura de Medicaid? Sí o No		
Debe presentar el comprobante de la denegación de cobertura de Medicaid.		
Lista de personas a cargo que viven en el hogar *Si necesita más espacio, use el dorso de la página		
Número total de personas a cargo	¿Otras personas contribuyen económicamente con la familia? Sí No Monto \$	
Indique los nombres de todas las personas en el hogar	Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento	
Ingresos	Valor	
Salarios	\$	
Empleo por cuenta propia	\$	
Desempleo	\$	
SSI	\$	
Jubilación/pensiones	\$	
Seguro social	\$	
Pensión alimenticia	\$	
Manutención de hijos	\$	
Asistencia pública	\$	
Estampillas de alimentos	\$	
Otro:	\$	

Solicitud de Asistencia Financiera

Al completar esta solicitud financiera, afirmo que las declaraciones anteriores son correctas y están completas. Entiendo que si doy información falsa o engañosa, se denegará mi solicitud y se retirará toda la asistencia financiera que se me pudiera haber otorgado. Autorizo a Pagosa Springs Medical Center y/o sus agentes a efectuar verificaciones ulteriores. Autorizo a Pagosa Springs Medical Center a obtener un informe crediticio.

Firma _____

Fecha _____

Relación, si no es el paciente _____

Una vez que su solicitud se haya examinado y procesado, recibirá una carta de notificación. En caso de aprobarse, su solicitud será válida durante seis (6) meses tras la fecha de la aprobación, a menos que cambie su situación financiera (empleo, cobertura de seguro, ingresos, etc.). Usted debe comunicar inmediatamente a Pagosa Springs Medical Center los cambios en su situación financiera.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, puede comunicarse con Cuentas de Pacientes al número que se indica a continuación.

Cuentas de Pacientes

970.585.1405

Pagosa Springs Medical Center

Patient Financial Services

Pruitt Building

95 South Pagosa Blvd.

Pagosa Springs, CO 81147