



## Solicitud de ayuda financiera

*Si necesita asistencia llame al 970.507.3939 o al 970.507.3942*

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ N.H.C \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Para que la solicitud de ayuda financiera pueda procesarse, DEBERÁ enviar la siguiente información con esta solicitud. Si no puede facilitar lo siguiente, por favor explique: (Certifico que la información proporcionada es exacta y completa)**

- Talones de pago más recientes o ingresos del seguro complementario (SSI, por sus siglas en inglés, proporcionado por la Seguridad Social).
- Extractos más recientes de cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificados de depósito, acciones, bonos, mercado monetario, etc.
- Formularios más recientes del impuesto federal sobre la renta, inclusive los Anexos C, D, E y F.
- Declaración W2 o 1099 más reciente.

¿Es usted propietario de su hogar? \_\_\_sí\_\_\_no Valor estimado \_\_\_\_\_ Hipoteca/Alquiler mensual \_\_\_\_\_

Nombre del responsable: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ N.º del SS \_\_\_\_\_  
(Jefe o jefa de familia)

Nombre del cónyuge si está casado/a \_\_\_\_\_ N.º del SS \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas a su cargo viven en el hogar? Indique el total de los familiares en el hogar \_\_\_\_\_

Indique los ingresos mensuales:

Empleo \_\_\_\_\_ SSI \_\_\_\_\_ Pensión alimenticia/Manutención infantil \_\_\_\_\_ Jubilación \_\_\_\_\_

Fondo fiduciario \_\_\_\_\_ Asistencia pública \_\_\_\_\_ Ingreso de inversiones \_\_\_\_\_ Ingreso de alquileres \_\_\_\_\_

Certifico que la información proporcionada es exacta y completa. Por la presente acepto presentar una solicitud para Medicaid y comunicar a Pagosa Springs Medical Center la aprobación o el rechazo de la solicitud, a fin de que mi solicitud de ayuda financiera pueda procesarse.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### For Pagosa Springs Medical Center Use Only

Adjustment totals: \_\_\_\_\_ Adjustment Alias \_\_\_\_\_ Financial Asst. Category \_\_\_\_\_

Approvals: Manager \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Director \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

CFO \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Percentage of FPL Guidelines is \_\_\_\_\_ Approved if below \_\_\_\_\_ of FPL Guidelines