



# SOUTHWEST *Health System, Inc.*

Where Caring and Community Come Together

Estimado Paciente,

Los siguientes formularios serán usados con su solicitud para el Programa de Asistencia Financiera con Southwest Health System, Inc.

Se requiere documentación de apoyo para verificar la situación financiera y el tamaño de la familia. Vea la página cinco (5) para una lista detallada de los documentos que necesitamos para poder procesar su solicitud de asistencia financiera. Si un artículo no se aplica a usted, escriba "no aplicable" o "n / a".

El Coordinador Financiero no procesará solicitudes incompletas. Las solicitudes incompletas pueden hacer que su cuenta no sea elegible para asistencia financiera.

Cuando haya completado los siguientes formularios y reunido todos los documentos pertinentes de la página cinco (5), llame a uno de los Consejeros Financieros para Pacientes a continuación para programar una cita.

La base del Programa de Asistencia Financiera es la provisión veraz y exacta y la presentación de información financiera del paciente y / o parte (s) responsable (s). El paciente y / o las partes responsables que intencionalmente falsifiquen la información de su hogar serán automáticamente descalificados de cualquier consideración con respecto al programa. La determinación intencional de tergiversación es el único derecho de Southwest Health System, Inc.

**Please remember:**

1. Llene los siguientes formularios completamente<sup>2</sup>
2. Reúna toda la documentación de respaldo pertinente que se encuentra en la página cinco (5)
3. Llame al Coordinador Financiero del Paciente para una cita

**Coordinador**

**Financiero del Paciente**

1311 N Mildred Road  
Cortez, CO 81321  
Teléfono:(970) 564-2131  
Fax: (970) 564-2134

**Gracias,**

Southwest Health System, Inc.  
Patient Financial Services  
1311 N Mildred Road  
Cortez, CO 81321  
Main Phone: (970) 564-2130

Página 1



# SOUTHWEST Health System, Inc.

Where Caring and Community Come Together

**Solicitante:**

\_\_\_\_\_  
 Apellido                      Primer Nombre                      Inicial del Segundo Nombre                      Nombre de Soltera                      Estado Civil

\_\_\_\_\_  
 Dirección física                      Ciudad                      Estado                      Código postal

\_\_\_\_\_  
 Dirección de envío                      Ciudad                      Estado                      Código postal

\_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa                      Teléfono del trabajo                      Teléfono móvil

**Llene el siguiente formulario para usted y todos los dependientes legales. Generalmente, un dependiente legal es alguien que usted puede reclamar en su declaración de impuestos federales.**

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	APPELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	SEGURO SOCIAL	¿ES ESTA PERSONA UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO? (SI o NO)	¿ESTA PERSONA NECESITA AYUDA FINANCIERA? (SI o NO)
Sí Mismo							



# SOUTHWEST Health System, Inc.

Where Caring and Community Come Together

**Por favor responda a todas las preguntas siguientes:**

1. ¿Ha solicitado Medicaid o CHP +?.....  Si  No
2. ¿Cuándo solicitó Medicaid o CHP +? Fecha: \_\_\_\_\_
3. ¿Cuál es el estado de su solicitud de Medicaid o CHP +?.....  Aprobado  Negado  Pendiente
4. ¿Es dueño de su casa?.....  Si  No
5. ¿Está embarazada alguien en el hogar?.....  Si  No
6. ¿Quién en el hogar está embarazada? Nombre: \_\_\_\_\_
7. ¿Hay alguien en el hogar deshabilitado?.....  Si  No
8. ¿Quién en el hogar está incapacitado? Nombre: \_\_\_\_\_
9. ¿Han solicitado los miembros de su familia incapacitados beneficios por incapacidad a través del Seguro Social?.....  Si  No
10. ¿Los miembros del hogar mayores de 18 años tienen la capacidad de trabajar?.....  Si  No
11. Si los miembros del hogar mayores de 18 años no tienen la capacidad de trabajar, ¿por qué?  
\_\_\_\_\_
12. ¿Hay cobertura de atención médica de terceros para los miembros del hogar?.....  Si  No
13. Especificar el tipo de cobertura de atención médica de terceros.....  Medicare  Medicaid  CHP+  
 Insurance  Otro
14. ¿Alguno de los miembros del hogar recibió atención del CICP o de la caridad antes?.....  Si  No  
a. En caso afirmativo, el tipo de lista: \_\_\_\_\_
15. ¿Se ha declarado en bancarrota?.....  Si  No
16. Si se declaró en bancarrota, ¿dónde y cuándo se declaró en bancarrota? \_\_\_\_\_
17. ¿Espera que sus ingresos cambien dentro del próximo año?.....  Si  No
18. Si espera que sus ingresos cambien, ¿qué tipo de cambio espera? \_\_\_\_\_



# SOUTHWEST

## Health System, Inc.

Where Caring and Community Come Together

Indique su ingreso neto mensual ( después de impuestos) y sus gastos mensuales a continuación:

<b>INGRESOS:</b>	Máximo mes actual:	<b>GASTOS:</b>	Mes más actual completo	<b>OTROS GASTOS:</b>	Mes más actual completo
Salarios	\$	Alquiler/Hipoteca	\$	Despensa	\$
Self Employment	\$	Electricidad	\$	Comidas de restaurante	\$
Desempleo	\$	Agua/Drenaje	\$	Cuidado personal	\$
SSI	\$	Gas/ Calefacción	\$	Médicos, Dentistas, etc.	\$
SSDI	\$	Teléfono	\$	Recetas	\$
Jubilación/Pensiones	\$	Televisión	\$	Gastos Gas / Auto	\$
Seguro Social	\$	Reparaciones en el hogar	\$	Cuidado de los niños	\$
Pensión Alimenticia	\$	Préstamos estudiantil	\$	Otro:	\$
Manutención de los hijos	\$	Tarjetas de crédito	\$	Otro:	\$
Asistencia pública	\$	Otros pagos de préstamos	\$	Otro:	\$
Estampillas de comida	\$	Seguro de salud	\$	Otro:	\$
Otro:	\$	Seguro de automóvil / hogar	\$	Otro:	\$
Otro:	\$	Seguro de vida	\$	Otro:	\$
<b>Ingresos totales</b>	\$	<b>Gastos totales</b>	\$	<b>Total de otros gastos</b>	\$



# SOUTHWEST

## Health System, Inc.

Where Caring and Community Come Together

La siguiente documentación es requerida al solicitar el Programa de Asistencia Financiera. Favor de traer un original de los documentos que se indican a continuación a su cita. Si algo no se aplica a usted, escriba "no aplicable" o "n / a".

### **Ingresos:**

- Declaraciones de retención de impuestos federales más recientes y W-2
- Un (1) mes de los cheques más recientes, O una declaración del empleador. La declaración debe incluir el nombre del empleador, dirección, número de teléfono, número de identificación fiscal, fecha de contratación, tasa de pago y promedio de horas trabajadas por semana.
- Empleo por cuenta propia: Último mes completo Cuenta de Pérdidas y Ganancias y tres (3) meses consecutivos depósitos brutos.
- Declaraciones de ingresos por desempleo
- Declaraciones de compensación de Discapacidad (es decir. SSI, SSDI, otros)
- Ingresos del Seguro Social (estados de beneficios anuales)
- Declaraciones de beneficios de jubilación y pensiones
- Avisos de asistencia pública tales como Ayuda a los Necesitados y Discapacitados, TANF, LEAP, Estampillas de Comida, WIC, etc.
- Manutención de menores recibidos
- Pensión Alimenticia Recibida
- Si no tiene ingresos y alguien le está apoyando, debe escribir una carta incluyendo su nombre impreso, dirección, número de teléfono y firma indicando el tipo de apoyo que se proporciona
- Dos (2) meses los estados bancarios más recientes (es decir, cheques, ahorros, mercado monetario, cheque / tarjeta de efectivo, etc..)

### **GASTOS:**

- Manutención de Niños Pagada por los últimos tres (3) meses
- Pensión Alimenticia Pagada durante los últimos tres (3) meses
- La mayoría de las declaraciones actuales de préstamos de vehículos para todos los vehículos (sólo para CICP)
- Es opcional que usted presente declaraciones médicas, dentales, de visión y de farmacia. **Las declaraciones deben incluir el nombre del proveedor, dirección, número de teléfono, fecha de servicio y cualquier pago o ajuste aplicado**
- Primas del Seguro de Salud

### **OTRA INFORMACIÓN REQUERIDA:**

- Medicare, Medicaid, CHP + y otras tarjetas de Seguro Médico
- Registro de vehículos para todos los vehículos (sólo para CICP)
- Licencia de conducir de Colorado o Identificación de Colorado para cada miembro del hogar mayor de 18 años solicitando asistencia financiera