



Estimado/a solicitante:

Los siguientes formularios se utilizarán con su solicitud para el Programa de Asistencia Financiera (Financial Assistance Program, FAP) de Southwest Health System. Se requiere documentación de respaldo para verificar el estado financiero y el tamaño del hogar. Se adjunta una lista detallada de los documentos que necesitamos para poder procesar su solicitud. Si un artículo no se aplica a usted, escriba "n/a".

Las solicitudes que estén incompletas no se procesarán. Las solicitudes tienen un plazo de entrega limitado. Las solicitudes incompletas pueden hacer que su cuenta no sea elegible para recibir asistencia financiera.

La base de la asistencia financiera es el suministro y presentación veraz y precisa de información financiera por parte del solicitante y/o de las partes responsables. El solicitante y/o las partes responsables que intencionalmente tergiversen la información de su hogar serán automáticamente descalificados de cualquier consideración con respecto a los programas de asistencia financiera. La determinación de tergiversación intencional es el derecho exclusivo de Southwest Health System, Inc.

- 1. Complete la siguiente solicitud en su totalidad**
- 2. Reúna toda la documentación de respaldo aplicable**
- 3. Llame para programar una cita**

Puede comunicarse con nuestras Oficinas de Asistencia Financiera para programar una cita:

- **Llame al: 970-564-2131 o**
- **Correo electrónico: [financialassistance@swhealth.org](mailto:financialassistance@swhealth.org)**

Gracias.

Southwest Health System, Inc.  
Servicios financieros para pacientes  
1311 N Mildred Rd  
Cortez, CO 81321



**Solicitante**

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial del segundo nombre</b>	
<b>Domicilio real</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Dirección postal (si es diferente)</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Número de teléfono principal</b>	<b>Seguro médico principal</b>	<b>Otro seguro médico</b>	

Complete lo siguiente para cada miembro del hogar

Relación con el solicitante	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Seguro Social (solo para CACP)	¿Es esta persona un estudiante de tiempo completo? (S o N)	¿Esta persona está solicitando Asistencia Financiera? (S o N)	Proporcionar el número de Medicaid si esta persona actualmente tiene Medicaid
<b>USTED</b>								



La siguiente documentación es obligatoria al solicitar el FAP. Lleve a su cita los documentos originales que se enumeran a continuación. Si algo no corresponde, escriba "n/a".

### **INGRESOS**

- Un (1) mes de los últimos talones de cheques consecutivos O un estado de cuenta del empleador
  - Si proporciona un estado de cuenta del empleador, el estado debe incluir el nombre del empleador, la dirección, el número de teléfono, la fecha de contratación, la tasa de pago y el promedio de horas trabajadas por semana
- Si trabaja por cuenta propia: estado de pérdidas y ganancias del último mes completo y depósitos brutos de un (1) mes en relación con el estado de pérdidas y ganancias o la declaración de impuestos federales más reciente
- Declaraciones de subsidio por desempleo o indemnización por accidente de trabajo
- Declaraciones de beneficios de la Pensión de vejez (Old Age Pension, OAP)
- Declaraciones de compensación por discapacidad (es decir, SSI, SSDI, Otros)
- Ingresos del Seguro Social (carta de adjudicación)
- Beneficios de jubilación y pensión (declaraciones de beneficios anuales)
- Pensión alimenticia ordenada por el tribunal recibida
- Cuentas fiduciarias
- Alquiler de inmueble
- Beneficios de asuntos de veteranos (Veterans Affairs, VA)
- Si no tiene ingresos y alguien lo está ayudando, debe escribir una carta que incluya su nombre impreso, dirección, número de teléfono y firma que indique el tipo de ayuda que le brinda

### **EXPENSAS**

- Manutención de menores pagada por el mes completo más reciente
- Pensión alimenticia pagada por el mes completo más reciente
- Cuidado diurno y cuidado de ancianos pagado por el mes completo más reciente
- Primas de seguro de salud (estado de cuenta mensual)
- Es opcional que lleve las facturas que pagó por servicios médicos, dentales, de la vista y de farmacia. La fecha del servicio en sus facturas no puede ser superior a 365 días. Las facturas deben incluir el nombre del proveedor, la dirección, el número de teléfono, la fecha del servicio y los pagos aplicados

### **OTRA INFORMACIÓN REQUERIDA**

- Medicare, Medicaid, CHP+ y otras tarjetas de seguro médico
- Licencia de conducir u otra identificación de cada miembro del hogar mayor de 18 años que solicite asistencia financiera

**\*\* Es posible que la lista anterior no incluya toda la documentación requerida para completar su solicitud.**