



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 la cantidad de miembros del hogar. Se adjunta una lista detallada de los documentos que necesitamos para poder procesar su solicitud. Si un artículo no corresponde a usted, escriba "n/c".

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.

El fundamento de la asistencia financiera se basa en que el solicitante o las partes responsables suministren y presenten la información financiera de manera veraz y precisa. El solicitante 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 un derecho exclusivo de Southwest Health System, Inc.

- 1. Complete la siguiente solicitud en su totalidad.**
- 2. Reúna toda la documentación de respaldo que corresponda.**
- 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: financiaministrance@swhealth.org**

Gracias,

Southwest Health System, Inc.
Patient Financial Services
1311 N Mildred Rd
Cortez, CO 81321



Solicitante

Apellido **Primer nombre** **Segundo nombre**

Dirección física **Ciudad** **Estado** **Código postal**

Dirección postal (si es diferente) **Ciudad** **Estado** **Código postal**

N.º de teléfono principal **Seguro de salud primario** **Otros seguros de salud**

Complete lo siguiente para cada miembro del hogar

Relación con el solicitante	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	¿Esta persona es un estudiante de tiempo completo? (S o N)	¿Esta persona está solicitando asistencia financiera? (S o N)	Proporcione el número de Medicaid si esta persona actualmente tiene Medicaid
USTED							



La siguiente documentación es obligatoria al momento de solicitar el Programa de asistencia financiera (FAP). Lleve a su cita los documentos originales que se enumeran a continuación. Si algo no corresponde, escriba "n/c".

INGRESOS

- Un (1) recibo de sueldo consecutivo del mes más reciente O una declaración del empleador.
 - Si proporciona una declaración del empleador, la declaración debe incluir el nombre del empleador, la dirección, el número de teléfono, la fecha de contratación, la remuneración y el promedio de horas trabajadas por semana.
- Si trabaja por cuenta propia: declaración de ingresos y gastos del último mes completo y depósitos brutos de un (1) mes en relación con la declaración de ingresos y gastos 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 por vejez (Old Age Pension, OAP)
- Declaraciones de compensación por discapacidad (es decir, SSI, SSDI, otras)
- Ingresos del seguro social (carta de otorgamiento)
- Beneficios de jubilación y pensión (declaraciones de beneficios anuales)
- Pensión alimenticia ordenada por el tribunal recibida
- Cuentas fiduciarias
- Renta por inmuebles
- Beneficios de asuntos de veteranos (Veterans Affairs, VA)
- Si no tiene ingresos y alguien lo está ayudando, esa persona debe escribir una carta que incluya los siguientes datos de esa persona (datos en letra de imprenta): nombre, dirección, número de teléfono y firma de esa persona que indique el tipo de ayuda que le brinda

GASTOS

- 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, odontológicos, oftalmológicos 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.**