



Estimado/a paciente:

La misión de SCL Health es mejorar la salud de las personas y de las comunidades a las cuales servimos para revelar y fomentar el amor sanador de Dios, en especial entre los más pobres y vulnerables.

SCL Health se trasladó a un modelo de trabajo desde casa. Con este cambio, ya no podemos aceptar solicitudes en nuestra oficina comercial de Broomfield. Le pedimos que al enviar una solicitud o información adicional, la comunicación se realice de forma electrónica.

También puede completar la solicitud de asistencia financiera a través de MyChart. Esta función le permite enviar su solicitud de manera electrónica y cargar la documentación necesaria de forma segura directamente a MyChart o envíe la aplicación por fax y los documentos de respaldo a 303-272-0931. (Mismo número para todos los sitios)

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

- **Solicitud completa, firmada y fechada.**
- **Verificación de ingresos de usted y su cónyuge o de su pareja.**
 - **Copia de su último talón de pago Q**
 - **cartas del empleador (es decir, que indique cuánto dinero le paga normalmente por los servicios en un mes).**
 - **Copia de la(s) carta(s) de adjudicación: desempleo, seguridad social, pagos de pensión, pagos de cuentas de jubilación, etc. que exhiban el ingreso mensual.**
 - **Propinas, bonificaciones y comisiones.**
 - **Pacientes autónomos:**
 - **Registros financieros comerciales, estados de resultados, libros de contabilidad, cuentas bancarias corporativas que muestren depósitos y extracciones, facturas y recibos, etc. Q**
 - **la última declaración de impuestos.**

Care site specific contacts:

Platte Valley and Good Samaritan Medical Centers
Stacey Beck
303-272-0810
Stacey.Beck@imail.org

St Joseph Hospital
Cricket Fortarel **A-D** and
303-272-0480
Cricket,Fortarel@imail.org

Liz Lucero **E-Z**
303-272-0477
Elizabeth.Lucero@imail.org

Lutheran Medical Center
Marie Cattilini
303-272-0479
Marie.Cattilini@imail.org

St Mary's Medical Center
Laurie Clark
303-272-0485
Laurel.Clark@imail.org

St Vincent Healthcare
Candice Hughes
406-233-2651
Candice.Hughes@imail.org

St James and Holy Rosary Healthcare
Victoria Smith
303-272-0339
Victoria.Smith1@imail.org

Dirección postal solamente: SCL Health
500 Eldorado Blvd, Suite 4300
Broomfield, CO 80021



INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
¿Es usted residente de Colorado? Sí ___ No ___ ¿Está sin hogar? Sí ___ No ___						
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre		Número de seguridad social		Fecha de nacimiento
Calle	N.º de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico	Número de cuenta
Teléfono particular				Teléfono celular		
Método de contacto preferido				Tamaño de la familia		
Correo electrónico		Teléfono		Correo		
Ingreso bruto mensual				Frecuencia de pago (indique)		
				Semanal Bisemanal Dos veces al mes Mensual		
CÓNYUGE/(INFORMACIÓN DEL PADRE O DE LA MADRE SI ES MENOR)				Relación con el paciente		
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre		Número de seguridad social		Fecha de nacimiento
Teléfono particular				Teléfono celular		
Ingreso bruto mensual				Frecuencia de pago (indique)		
				Semanal Bisemanal Dos veces al mes Mensual		
Dependiente				Relación con el paciente		Fecha de nacimiento
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre		Número de seguridad social		Teléfono particular
Dependiente				Relación con el paciente		Fecha de nacimiento
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre		Número de seguridad social		Teléfono particular
Dependiente				Relación con el paciente		Fecha de nacimiento
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre		Número de seguridad social		Teléfono particular

Agregue dependientes adicionales en un formulario por separado.

¿Usted le da el 50 % o más de respaldo financiero a alguien que vive fuera de su hogar y que desea incluir en el cálculo del tamaño de su grupo familiar (la persona puede vivir fuera del estado o fuera del condado)? **Sí** ___ **No** ___

¿Usted o alguno de los miembros de su grupo familiar reciben beneficios públicos? (por ejemplo, cupones para alimentos, Programa para mujeres, bebés y niños (WIC) o comidas gratuitas o a precio reducido) **Sí** ___ **No** ___

Mi firma da fe de que la información provista en este formulario es precisa y fiel a mi leal saber y entender. Entiendo que SCL Health solicita la verificación de ingresos antes de tomar cualquier determinación.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Complete toda la solicitud. No deje espacios en blanco; si no se aplica a su caso, escriba ninguno o N/C. Recuerde firmar y fechar la solicitud.