



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.

Envíe la **solicitud completa junto con los documentos requeridos antes del:**

Dirección postal: 500 El Dorado Drive, Ste. 4300. Broomfield, CO. 80021.

Fax: 303-272-0931.

Correo electrónico: Peaks_Financialassistanceapps@imail.org

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

- **Solicitud de ayuda financiera: completa, firmada y fechada**

- **Verificación de ingresos de usted y de su cónyuge o su pareja. Verificación aceptable:**
 - **Copia del talón de pago más reciente o del último talón de pago Q**
 - **Carta(s) del empleador que indiquen los ingresos brutos del último mes o del mes en curso.**
 - **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, libros contables o estados de resultados (del último mes o del mes en curso), cuentas bancarias corporativas que muestren depósitos y extracciones, facturas y recibos, etc.**

Para evitar retrasos en el proceso de solicitud, revise la solicitud para asegurarse de que está completa, firmada y fechada. Incluya la verificación de ingresos del último mes o del mes en curso y las fechas de nacimiento de todos los miembros de la familia que viven en la casa.

Muchas gracias,
Equipo de ayuda financiera

Solicitud de ayuda financiera

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
Teléfono particular			Teléfono celular		
Método de contacto preferido Correo electrónico Teléfono Correo Portal de MyChart			Tamaño de la familia		
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 país)? 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: _____