



SCL Health
500 Eldorado Blvd. Bldg. 6 Suite 6300
Broomfield, CO 80021-3408

Gracias por elegir SCL Health para sus necesidades de atención médica. Sisters of Charity of Leavenworth Health System se enorgullece en ofrecer una atención médica de calidad y accesible para la comunidad. Estamos para ayudar a quienes necesitan asistencia financiera y a quienes tienen preguntas o necesitan asistencia al momento de elegir una atención médica para ellos y sus familias.

SCL Health cuenta con un programa para ayudar a los pacientes que necesitan asistencia financiera para pagar la totalidad o parte de su factura. Para participar de este programa, complete la información de la solicitud de asistencia financiera adjunta.

Para procesar su solicitud, también necesitamos contar con documentación de respaldo. En la página cuatro (4), puede encontrar una lista de los documentos requeridos. Esta información debe recibirse en un plazo de 15 días a partir de la fecha de esta carta, si la recibimos en persona. Si cree que debe explicar su situación con más detalle a fin de obtener la asistencia financiera, puede hacerlo en el espacio adicional que encontrará al final de la solicitud.

Es importante completar la totalidad de la solicitud y devolverla con los documentos solicitados. No hacerlo retardaría el procesamiento de la solicitud y podría ser motivo para una denegación. Se rechazarán las solicitudes que se reciban sin firma.

Si, por cualquier motivo, la información anterior no se puede obtener, comuníquese con el Revenue Service Center al 303-813-5400 o al 1-866-665-2636, entre las 8:00 a. m. y las 4:30 p. m. Estaremos más que complacidos en ayudarlo.

Luego de tomar una decisión acerca de su cuenta, usted recibirá una notificación por correo con los resultados de nuestra decisión.

Atentamente.

Coordinador financiero
SCL Health

Solicitud de asistencia financiera para la atención médica

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente _____ N.º de cuenta _____

N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Teléfono de la casa _____ Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____

Correo electrónico _____

Soltero Casado/en pareja Divorciado/separado Viudo/viuda

Nombre del responsable _____ Relación _____

N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____

Nombre del cónyuge _____

N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____

Nombres y edades de las personas a su cargo que viven con usted y están bajo su responsabilidad. Incluya fecha de nacimiento:

Nombre	Edad	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Solicitud de asistencia financiera

INGRESOS

Ingresos brutos ajustados (AGI) del año anterior informados al Servicio de Impuestos Internos (IRS) (en el formulario 1040) _____

Si usted no presentó una declaración de impuestos, ofrezca una explicación _____

Empleador _____

Dirección _____

Teléfono _____ Ocupación _____

Duración del empleo _____ años _____ meses Tiempo completo/medio tiempo _____

Cantidad de horas de trabajo programadas por semana _____

Si está desempleado, fecha en que se quedó sin trabajo: _____ ¿Recibe subsidio por desempleo? Sí/No _____

Si la respuesta es *SÍ*, fecha en que comenzó a recibirlo: _____ Monto que recibe por semana _____

Empleador actual del cónyuge/pareja _____

Dirección _____

Teléfono _____ Ocupación _____

Duración del empleo _____ años _____ meses Tiempo completo/medio tiempo _____

Cantidad de horas de trabajo programadas por semana _____

Si está desempleado, fecha en que se quedó sin trabajo: _____ ¿Recibe subsidio por desempleo? Sí/No _____

Si la respuesta es *SÍ*, fecha en que comenzó a recibirlo: _____ Monto que recibe por semana _____

Ingresos mensuales	Suyos	Cónyuge
Sueldo bruto		
Pensión alimenticia/ Manutención de niños		
Seguro Social		
Subsidio por desempleo/ Seguro laboral		
Jubilación/Pensión		
Intereses/Rentas		
Asistencia Pública		
Otro		
Total mensual		

(Office use only) Annual Total _____

(Solo para uso de la oficina) Total anual _____

Activos	Valor/Saldo
Hogar actual	
Otras propiedades (terrenos, inversiones, rentas, etc.)	
Vehículos	
Inversiones: acciones, bonos, fondos comunes de inversión, planes 401k, cuenta individual de retiro (IRA), pensiones anuales	
Caja de ahorro 1.	
Caja de ahorro 2.	
Caja de ahorro 3.	
Otro	
Otro	

Solicitud de asistencia financiera

GASTOS

Nombre del titular de la hipoteca o del propietario _____

Dirección _____

	Pago mensual	Saldo pendiente	Actual Sí/No
Hipoteca/Renta			
Asociación de propietarios (HOA)			
Seguro del inquilino			
Teléfono de la casa			
Teléfono celular			
Teléfono laboral			
Electricidad/gas			
Agua			
Internet			
Cable/TV por satélite/Antena parabólica			
Comida			
Crédito automotor			
Crédito automotor			
Transporte: gasolina			
Seguro de vida			
Seguro médico			
Seguro automotor			
Facturas médicas			
Recetas			
Cuidado de niños			
Gastos/Créditos escolares			
Pensión alimenticia/Manutención de niños			
Facturas de tarjetas de crédito			
Otro			
Otro			
Total mensual			

(Office use only) Annual Total _____

(Solo para uso de la oficina) Total anual _____

Solicitud de asistencia financiera

OTRO

¿Recibe vales para alimentos? Sí No

¿Tiene beneficios médicos? Sí No

Si la respuesta es no, ¿ha solicitado Medicaid? _____ Fecha de la solicitud _____

Si los beneficios le fueron denegados, ¿cuál fue el motivo? _____

Fecha de rechazo de Medicaid _____

¿Es esta cuenta resultado de un seguro laboral y/o una reclamación de seguro de automóvil? Sí No

Si la respuesta es Sí: ¿Obtuvo asesoramiento legal? Sí No

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Solicitud completa con firma y fecha
- Copia de los talones de pago de los últimos **3 meses** para usted, su cónyuge u pareja
- Resúmenes de cuenta de los últimos **3 meses** (incluidas las cuentas personales, las cajas de ahorro y las cuentas corrientes) en donde se visualice el nombre y el número de cuenta del propietario de la cuenta
- Copia de las cartas de concesión: desempleo, seguro social, etc. en donde se visualice el beneficio mensual
- Manutención de niños/manutención ordenada por la corte
- Con esta solicitud debe enviarse una copia de la declaración de impuestos del año anterior (todas las páginas). No se pueden aceptar formularios W2.
- Si está desempleado o vive con un amigo o con familiares, debe completar la página tres (3) "Gastos".

Si está desempleado y vive con familiares o con un amigo,

debe completar la página tres (3) de la solicitud financiera y demostrar la hipoteca/renta mensual, así como los gastos de electricidad/gas y cable que refleja la declaración. (No envíe recibos).

Si el solicitante o el cónyuge es un trabajador independiente,

debe proporcionar una copia del libro mayor de su negocio correspondiente a los últimos tres (3) meses.

Los solicitantes que no sean residentes estadounidenses

deben proporcionar copia de una identificación con fotografía: pasaporte, visa, etc.

Rechazaremos las solicitudes que estén incompletas.

La firma es obligatoria para completar esta solicitud.

Mi firma certifica que la información proporcionada en este formulario es precisa y verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que SCL Health System debe verificar mis ingresos antes de llegar a una determinación. También comprendo que deberán acceder a mi crédito, sin que eso me signifique un gasto, para verificar la información anterior.

Firma _____ Fecha _____

Utilice el espacio proporcionado a continuación, en caso de ser necesario:

OFFICE USE ONLY:

Family Size _____ Income _____ Yearly Expenses _____ Poverty Level _____

Out Pt. Responsibility _____ In Pt. Responsibility _____

Clinic Responsibility _____ Level: _____

Special Notes: _____

Financial Coordinator Name _____ Approved Rechazada

Decision Date _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

Tamaño de la familia _____ Ingresos _____ Gastos anuales _____ Nivel de pobreza _____

Responsabilidad del paciente ambulatorio _____ Responsabilidad del paciente hospitalizado _____

Responsabilidad de la clínica _____ Nivel: _____

Notas especiales: _____

Nombre del Coordinador financiero: _____ Aprobada Rechazada

Fecha de la decisión _____