



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)

**Care site specific contacts:**

St Joseph Hospital  
Liz Lucero  
303-272-0477  
[Liz.Lucero@imail.org](mailto:Liz.Lucero@imail.org)

Platte Valley and Good Samaritan Medical Centers  
Stacey Beck  
303-272-0810  
[Stacey.Beck@imail.org](mailto:Stacey.Beck@imail.org)

Lutheran Medical Center  
Marie Cattilini  
303-272-0479  
[Marie.Cattilini@imail.org](mailto:Marie.Cattilini@imail.org)

St Mary's Medical Center  
Laurie Clark  
303-272-0485  
[Laurel.Clark@imail.org](mailto:Laurel.Clark@imail.org)

St Vincent Healthcare  
Cricket Fortarel  
303-272-0480  
[Cricket.Fortarel@imail.org](mailto:Cricket.Fortarel@imail.org)

St James and Holy Rosary Healthcare  
Victoria Smith  
303-272-0339  
[Victoria.Smith1@imail.org](mailto:Victoria.Smith1@imail.org)

**Physician/Provider Contact:**

Maggie Huntley  
303-272-0577  
[Maggie.Huntley@imail.org](mailto:Maggie.Huntley@imail.org)



| <b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>  |                    |                            |        |   |                                 |                      |
|--|--------------------|----------------------------|--------|---|---------------------------------|----------------------|
| <b>¿Es usted residente de Colorado? Sí ___ No ___ ¿Está sin hogar? Sí ___ No ___</b> |                    |                            |        |   |                                 |                      |
| Apellido   | Nombre             | Inicial del segundo nombre |        | Número de seguridad social<br>- -   |                                 | 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<br>Correo electrónico<br>Portal de MyChart              |                    |                            |        | Teléfono  | Correo                          | Tamaño de la familia |
| Ingreso bruto mensual  |                    |                            |        | Frecuencia de pago (indique)<br>Semanal    Bisemanal    Dos veces al mes    Mensual |                                 |                      |
| <b>CÓNYUGE/(INFORMACIÓN DEL PADRE O DE LA MADRE SI ES MENOR)</b>                     |                    |                            |        | Relación con el paciente  |                                 |                      |
| Apellido   | Nombre             | Inicial del segundo nombre |        | Número de seguridad social<br>- -   |                                 | Fecha de nacimiento  |
| Teléfono particular  |                    |                            |        | Teléfono celular  |                                 |                      |
| Ingreso bruto mensual  |                    |                            |        | Frecuencia de pago (indique)<br>Semanal    Bisemanal    Dos veces al mes    Mensual |                                 |                      |
| <b>Dependiente</b>   |                    |                            |        | Relación con el paciente  |                                 | Fecha de nacimiento  |
| Apellido   | Nombre             | Inicial del segundo nombre |        | Número de seguridad social<br>- -   |                                 | Teléfono particular  |
| <b>Dependiente</b>   |                    |                            |        | Relación con el paciente  |                                 | Fecha de nacimiento  |
| Apellido   | Nombre             | Inicial del segundo nombre |        | Número de seguridad social<br>- -   |                                 | Teléfono particular  |
| <b>Dependiente</b>   |                    |                            |        | Relación con el paciente  |                                 | Fecha de nacimiento  |
| Apellido   | Nombre             | Inicial del segundo nombre |        | Número de seguridad social<br>- -   |                                 | 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.**



## 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.**