



Gracias por elegir a Vail Health para cubrir sus necesidades de atención médica. Nuestro compromiso es mejorar la salud y el bienestar de todos los miembros de nuestra comunidad. A tal efecto, nos alegra poder ofrecer asistencia financiera para ayudar a personas y familias que lo necesiten.

**CÓMO COMPLETAR ESTA SOLICITUD:**

1. Complete la información requerida en la solicitud en las siguientes páginas.
2. Reúna toda la documentación enumerada en la casilla a continuación.
3. Envíe la solicitud completa por correo o en persona lo antes posible después de la fecha del servicio.

**CORREO ELECTRONICO:** FinancialAssistance@VailHealth.org

**CORREO:** PO Box 40,000, Vail, CO 81658 | Attn: Departamento de Asistencia Financiera

**EN PERSONA:** Departamento de Admisiones del Hospital - Vail Health:  
180 South Frontage Road West, Vail, CO 81657

**¿QUÉ SIGUE?**

Recibirá una carta de elegibilidad del Departamento de asistencia financiera de Vail Health dentro de los sesenta días tras enviar la solicitud completa con los documentos justificativos adecuados.

Si tiene preguntas acerca de esta solicitud o los documentos requeridos, comuníquese con un asesor financiero a (970) 477-3116.

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

Proporcione los documentos de cada categoría a continuación, según corresponda.

**IDENTIFICACIÓN CON FOTO/PRUEBA DE IDENTIDAD**

- Licencia de conducir o identificación estatal vigente
- Pasaporte vigente

**COMPROBANTE DE INGRESOS (de cada miembro del grupo familiar, proporcione todos los documentos que existan o corresponda)**

- Copia de la última declaración de impuestos, si no declaro sus impuestos copia de los formularios W-2 más recientes.
- Copia de los recibos de nómina más recientes. Si se le paga en efectivo, una carta notarial de cada empleador que indique los términos de empleo e incluya sueldos, salarios, fechas de empleo, estado del empleo actual, disponibilidad de todo beneficio de atención médica, etc.

- Si es un trabajador independiente, registros del negocio que incluyan ingresos, gastos, responsabilidades y bienes del año hasta la fecha.
- Copias de cheques o cartas de concesión del Seguro Social o de desempleo.
- Copias de cheques de manutención infantil o del cónyuge.
- Comprobante de otros ingresos (por ejemplo, ingresos por intereses, pensión, ingreso por alquileres).

**COMPROBANTE DE RESIDENCIA**

- Copia del contrato de alquiler o declaración de hipoteca más reciente. Si no hay ningún contrato vigente, proporcione una carta notariada de su propietario que incluya nombre de los inquilinos, fechas de residencia, domicilio físico y costos de alquiler/arreglos.

**Completar esta solicitud no garantiza que se cumplan los requisitos de asistencia financiera ni de ningún otro programa. Se considera la asistencia financiera después de haber agotado todas las posibles fuentes potenciales de pago (por ejemplo, seguro médico, Medicare, Medicaid, seguro de responsabilidad). Si no se proporcionan los documentos requeridos, es posible que se rechace la solicitud.**

Si tiene preguntas, comuníquese con una Consejera Financiera al (970) 477-3116

## INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Paciente:  Fecha de Nacimiento:

Dirección de Envío:

Ciudad:  Estado:  Código postal:

Número de Teléfono:

Nombre del Garante (si es diferente del paciente):

Parentesco:  Fecha de Nacimiento:

Dirección Postal del garante:

Ciudad:  Estado:  Código Postal:

Número de Teléfono:

Marque uno:  Soltero(a)  Casado(a)/Pareja  Divorciado(a)/Separado(a)  Viudo(a)

Nombre del Cónyuge:  Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Ciudad:  Estado:  Código Postal:

Número de Teléfono:

Nombres y Fechas de Nacimiento de los dependientes que vivan con usted y de quienes usted es responsable:

Enumere cualquier otro miembro adicional del hogar:

## INGRESOS

**COMPROBANTE DE INGRESOS:** Como el formulario W2 más reciente, los 2 comprobantes de pago más recientes, la declaración de impuestos más reciente, resumen de cuenta de beneficios por desempleo, resúmenes de cuenta del Seguro Social o jubilación

Si no realizó su declaración de impuestos, explique por qué:

Empleador actual (si está desempleado, última fecha de empleo):

Domicilio del empleador:

Ocupación:

Teléfono del empleador:

Duración del empleo:

Horas de trabajo al mes:

¿Recibe beneficios del seguro de desempleo?

¿Tiene más de un trabajo?

De ser así, proporcione más información:

Empleador actual del cónyuge (si está desempleado, última fecha de empleo):

Domicilio del empleador:

Ocupación:

Teléfono del empleador:

Duración del empleo:

Horas de trabajo al mes:

¿Su cónyuge recibe beneficios del seguro de desempleo?

¿Su cónyuge tiene más de un trabajo?

De ser así, proporcione más información:

Agregue toda información de empleo adicional:

## ASISTENCIA DEL ESTADO (se requiere una prueba del programa de elegibilidad)

¿Tiene beneficios médicos?

De no ser así, ¿ha solicitado beneficios de Medicaid?

Fecha de solicitud:

¿Ha solicitado beneficios por discapacidad del Seguro Social?

Fecha de solicitud:

Si le negaron los beneficios, ¿qué motivos le dieron?

<b>INGRESOS MENSUALES</b>	<b>Ingresos totales del grupo familiar</b>	<b>Ingresos hasta la fecha</b>	<b>Otro</b>
Sueldo bruto (antes de los deducción de impuestos)			
Pensión alimentaria/ Manutención infantil			
Seguro Social			
Seguro de desempleo indemnización laboral			
Intereses/Alquiler			
Si trabaja por cuenta propia: Ingresos salariales brutos y neto			
Otro			
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	

**PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD SE NECESITA SU FIRMA.**

Al firmar esta solicitud, doy fe de que la información provista en este formulario es exacta y verdadera, según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

**Estamos aquí para usted.** Vail Health cumple con las Leyes Federales de Derechos Civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.