

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

Adjunte encuentre nuestra solicitud de asistencia financiera. Complete y entregue el formulario junto con los documentos requeridos tan pronto sea posible después de la fecha en que se prestó el servicio. Si tiene alguna pregunta acerca de los documentos, comuníquese con una Asesora Financiera al número que aparece abajo para que lo asistan.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA DETERMINAR SI SE REÚNEN LOS REQUISITOS DE ASISTENCIA FINANCIERA (Proporcione documentos de cada categoría que corresponda)

IDENTIFICACIÓN CON FOTO / PRUEBA DE IDENTIDAD

- ▶ Licencia de Conducir o Identificación Estatal vigente
- ▶ Pasaporte vigente

COMPROBANTE DE INGRESOS (DE CADA MIEMBRO DEL GROUP FAMILIAR, PROPORCIONE TODOS LOS DOCUMENTOS QUE EXISTAN O CORRESPONDAN)

- ▶ Copia de los dos talones de pago más recientes. Si se le paga en efectivo, una carta notariada 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 incluya ingresos, gastos, responsabilidades y bienes de los últimos 2 meses.
- ▶ Copias de cheques o cartas de adjudicación 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).
- ▶ Copia de la última declaración de impuestos.

DIVULGACIÓN DE BIENES (DE CADA MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR, PROPORCIONE TODOS LOS DOCUMENTOS QUE CORRESPONDAN)

- ▶ Últimos dos meses de estados detallados de cuentas de cheques y de ahorros, certificados de depósito, fondo de inversión, fondo fiduciario, o resumen de inversiones y transacciones bursátiles, plan de jubilación o título de vehículo(s) que se poseen.

GASTOS:

- ▶ Copia del contrato de alquiler (los últimos 6 meses) o hipotecario, los resúmenes más recientes de todos los gastos mensuales como facturas de servicios, estados de cuenta de tarjetas de crédito, pagos del automóvil y todo otro gasto que corresponda.

Entregue los documentos requeridos en persona a la asesora financiera del hospital o por correo a: PO Box 40000 Vail, CO 81657. Recibirá una carta con la decisión acerca de si se cumplen los requisitos dentro de los treinta días tras recibir la solicitud completa con los documentos justificativos adecuados.

Completar esta solicitud no garantiza que se cumplan los requisitos de asistencia financiera ni de ningún otro programa. Se contempla el otorgamiento de 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 alguna pregunta, comuníquese: (970) 477-3116 Directo (970) 479-7297 Fax

Agradecemos su cooperación,
Asesora Financiera

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente:

Número de cuenta/s:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Nombre del garante (si es diferente del paciente):

Parentesco:

Fecha de nacimiento:

Domicilio del garante:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Círculo de una opción:

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:

Cantidad y edades de los dependientes que viven con usted y de quienes usted es responsable:

Enumere todo miembro adicional del grupo familiar:

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

¿Recibe cupones de alimento?

¿Cuenta con 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?

INGRESOS MENSUALES	Ingresos totales del grupo familiar	Activos	Valor
Sueldo bruto (antes de los impuestos)		Casa actual	
Pensión alimentaria/ Manutención infantil		Otras propiedades	
Seguro Social		Vehículo(s)	
Seguro de desempleo indemnización laboral		Acciones, Bonos, Fondos de Inversión Colectiva, 401K, Fondos de pensiones	
Intereses/Alquiler		Cuenta de ahorros 1	
Otro		Cuenta de ahorros 2	
Otro		Cuenta de cheques	
Otro		Documentos de préstamos	
TOTAL		TOTAL	

GASTOS	Pago mensual	Saldo restante
Hipoteca/Alquiler		
Seguro de propietario o inquilino		
Teléfono		
Electricidad		
Gas		
Agua		
Cable		
Préstamos de Autos		
Transporte		
Seguro de Vida		
Seguro Médico		
Facturas por Servicios Médicos		
Medicamentos Recetados		
Alimento		
Guardería		
Gastos/Préstamos Estudiantiles		
Pensión Alimentaria/Manutención Infantil		
Facturas de Tarjeta de Crédito		
Otro		
Otro		
TOTAL		

PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD SE NECESITA SU FIRMA.

Mi firma atestigua que la información que he proporcionado en este formulario es exacta y verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha

Estamos aquí para tí. Vail Valley Medical Center cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.