



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: PO Box 40,000 Vail, CO 81657 | Attn: Financial Assistance Department

EN PERSONA: Departamento de Admisiones de Vail Health Hospital: 181 W Meadow Dr. 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.

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

- 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 de los últimos dos meses.
- 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).
- Copia de la última declaración de impuestos.

IDENTIFICACIÓN CON FOTO/PRUEBA DE IDENTIDAD

- Licencia de conducir o identificación estatal vigente
- Pasaporte vigente

DIVULGACIÓN DE BIENES (de cada miembro del grupo familiar, proporcione todos los documentos que corresponda)

- Resúmenes de cuenta detallados de las cuentas corrientes y de ahorros, certificados de depósito, fondo de inversión, fondo fiduciario, o resumen bursátil, plan de jubilación.

GASTOS

- Copia del contrato de alquiler (los últimos seis meses) o hipotecario. Si no hay ningún contrato vigente, proporcione una carta notarial 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 un asesor financiero 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: _____

Cantidad y edades de los dependientes que viven 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)

¿Recibe cupones de alimento, programa WIC o almuerzo escolar gratuito?

¿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?

INGRESOS MENSUALES	Ingresos totales del grupo familiar	Activos	Valor
Sueldo bruto (antes de los deducción de impuestos)		Casa actual	
Pensión alimentaria/ Manutención infantil		Otras propiedades	
Seguro Social		Cantidad de vehículos	
Seguro de desempleo indemnización laboral		Acciones, Bonos, Fondos mutuos 401K, Fondos de pensiones	
Intereses/Alquiler		Cuenta de ahorros 1	
Otro		Cuenta de ahorros 2	
Otro		Cuenta corriente	
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.

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.*