



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 ELECTRÓNICO: FinancialAssistance@VailHealth.org

CORREO: PO Box 40,000 Vail, CO 81658 | Attn: Financial Assistance Department

EN PERSONA: Departamento de Admisiones de Vail Health Hospital
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 al siguiente número: (970) 477-3116.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA Proporcione documentos de cada categoría a continuación, según corresponda.

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

- Copia de los recibos de nómina más recientes de todos los trabajos realizados durante el año. 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 trabaja de manera independiente, registros del negocio que incluyan ingresos, gastos, responsabilidades y bienes del año realizados 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).
- 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 correspondan)

- Resúmenes de cuenta detallados de las cuentas corrientes y de ahorros, certificados de depósito, fondo de inversión, fondo fiduciario o resumen bursátil de los últimos dos meses.

GASTOS

- Copia del contrato de alquiler (los últimos 3 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. 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 postal:

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)/en 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:

INCOME

COMPROBANTE DE INGRESOS: Como los dos comprobantes de pago más recientes, la declaración de impuestos más reciente, si no se presentó, el formulario W-2 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?

¿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	Bienes	Valor
Sueldo bruto (antes de la deducción de impuestos)		Otra propiedad: patrimonio neto (sin contar la vivienda primaria)	
Pensión alimentaria/ manutención infantil		Acciones, bonos, fondos mutuos, fondos de pensiones	
Seguro social		Cuenta corriente 1	
Seguro de desempleo/ indemnización laboral		Cuenta corriente 2	
Intereses/alquiler		Cuenta de ahorros 1	
Otro		Cuenta de ahorros 2	
Otro		Otro	
TOTAL		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 para atenderlo Vail Health cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.