



ANEXO C

Solicitud de asistencia financiera

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Gunnison Valley Health (GVH) se compromete a proporcionar atención de emergencia y medicamento necesaria a los pacientes que no tienen seguro o que tienen un seguro limitado (subasegurados). Usted puede calificar para la ayuda financiera si usted no puede pagar su cuenta, o si pagarla daría lugar a estrechez financiera.

GVH ofrece asistencia financiera a los residentes de los condados de Gunnison, Hinsdale y Saguache. Nuestro Programa de Asistencia Financiera proporciona servicios de emergencia o medicamento necesarios a precios de descuento para los pacientes que solicitan asistencia financiera y que están calificados.

Al solicitar asistencia financiera y para agilizar su solicitud rápidamente, Gunnison Valley Health requerirá que se complete esta solicitud junto con la documentación mínima indicada. Esta solicitud debe estar completa con información precisa dentro de 14 días. Si por alguna razón la información no se proporciona de manera oportuna, su solicitud puede ser denegada, en cuyo caso se puede esperar que usted pague su factura en su totalidad.

Dada la sensibilidad natural de estas solicitudes, toda comunicación con el paciente o sus garantes se gestionará de forma confidencial y compasiva.

Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con nosotros llamando al 970-642-4790 en inglés, o al 970-641-7207 en español, o enviando un correo electrónico a financialcounselor@gvh-colorado.org.



**COMPLETAR ESTE FORMULARIO NO ES UNA
GARANTÍA DE ELEGIBILIDAD**

Si no completa este paquete de solicitud o si lo devuelve sin la documentación de apoyo solicitada, es posible que no podamos determinar si reúne los requisitos para nuestro Programa de Asistencia Financiera. En ese caso, deberá abonar el saldo total de su cuenta.

Si necesita ayuda para completar este formulario o reunir los materiales de apoyo, póngase en contacto con el Consejero Financiero al 970-642-4790

Para determinar si es elegible para nuestro Programa de ayuda financiera, devuelva la siguiente documentación de apoyo junto con este paquete completado:

- ✓ Una copia de una identificación con fotografía (licencia de conducir estatal/documento de identidad estatal) u otros documentos de identificación (tarjeta de identificación de empleado, etc.).
- ✓ El formulario 1040 de la declaración federal de impuestos del último año, con todos los formularios W-2 y/o 1099.
- ✓ Dos últimas semanas de recibos de talón de pago con los totales del año hasta la fecha, o tres últimos meses de recibos de talón de pago sin los totales del año hasta la fecha (si se paga en efectivo sin recibos de talón de pago, proporcione una verificación por escrito del empleador).
- ✓ Comprobante de ingresos de todas las demás fuentes, como ingresos por discapacidad, ingresos por alquiler, pensiones, rentas vitalicias, pagos de intereses, declaración de salarios y ganancias de la oficina del Seguro Social.
- ✓ Si actualmente recibe prestaciones del Seguro Social, una copia de su carta de "importe de las prestaciones",
- ✓ Una copia de una factura actual de servicios públicos, teléfono o televisión por cable de la residencia en la que resida.
- ✓ Si es estudiante, una lista de los créditos/clases del semestre en curso y una copia de su identificación de estudiante.

NOTA: El nombre que aparece en la identificación con fotografía del paciente debe ser el mismo que aparece en los talones de pago y los formularios de impuestos.

NOTA: Cuando los padres de un paciente menor de edad estén divorciados o separados pero compartan la responsabilidad de la atención médica del menor, cada uno de ellos deberá completar una solicitud por separado.

Por favor, devuelva esta solicitud completada y la documentación requerida lo antes posible.

La solicitud no se examinará hasta que se haya presentado toda la documentación de apoyo requerida.



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

(POR FAVOR, LETRA DE MOLDE - ASEGÚRESE DE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA)

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Datos personales del solicitante (o de los padres de familia si es menor de edad):

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
 Apellido Nombre 2º Nombre

Dirección _____
 Ciudad Estado Código postal

Reside en el domicilio desde _____ Teléfono # (____) _____

Enumere los miembros de la familia (incluyendo padres, el paciente y hermanos naturales o adoptivos) que viven en la dirección mencionada.

NOMBRE LEGAL DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

II. Información del seguro: indique su seguro más reciente

	Solicitante (o padre si el solicitante es menor de edad)	* CÓNYUGE DEL SOLICITANTE (OPCIONAL)
¿Tiene seguro médico? (S/N)		
Si es así, nombre del seguro médico:		
¿Medicare? (S/N)		
¿Medicare Parte D? (S/N)		
¿Medicare Suplementario? (S/N)		
¿Medicaid? (S/N)		
¿ Beneficios para veteranos? (S/N)		



III. INFORMACIÓN DE EMPLEO E INGRESOS

Datos laborales del SOLICITANTE (o de sus padres, si es menor de edad):

Empleador _____ ¿Desempleado? (S/N) ___ Fecha de desempleo _____

Dirección de la empresa _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono # (____) _____ ¿Ofrece el empleador seguro médico? (S/N) ___

Fecha de contratación _____

Estudiante (S/N) ___ Nombre del colegio _____ Número de créditos este semestre _____

Nota: Tiene otra fuente de ingresos: (Sí/No), En caso de sí, explique _____

Información laboral del cónyuge (Opcional):

¿Está desempleado? (S/N) _____ Fecha de desempleo _____

Empleador del cónyuge _____ Fecha de contratación _____

Dirección de la empresa _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono # (____) _____ ¿Ofrece el empleador seguro médico? (S/N) _____

Ocupación / Posición _____

Estudiante (S/N) _____ Nombre del colegio _____ Número de créditos este semestre _____

Nota: Tiene otra fuente de ingresos: (Sí/No), En caso de sí, explique _____

VII. CERTIFICACIÓN

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información que he facilitado en esta solicitud y en la documentación acreditativa requerida es veraz y correcta. Solicitaré cualquier asistencia federal, estatal o local a la que pueda ser elegible para ayudar a pagar mi atención médica. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por Gunnison Valley Health, y autorizo a Gunnison Valley Health a ponerse en contacto con terceros para verificar la exactitud de la información que he proporcionado. Entiendo que, si a sabiendas proporciono información inexacta o incompleta en esta solicitud, puedo no ser elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que se me otorgue puede ser revertida y seré responsable del pago de mis facturas médicas.

Firma del solicitante _____ Fecha de solicitud _____

Puede presentar su solicitud completada y la documentación acreditativa a través de:

- CORREO ELECTRÓNICO : financialcounselor@gvh-colorado.org
- **CORREO:** 711 N Taylor St, Gunnison, CO, 81230 | Attn: Financial Counselor
- **EN PERSONA:** Gunnison Valley Health – South Entrance (Entrada sur) 711 N Taylor St, Gunnison, CO 82130, de Lunes a Viernes, de 8.00 a 4:30 pm

- **PREGUNTAS/CONTACTO:** (970) 642-4790, lunes a viernes, de 8.00 a 4:30 pm

***** Para garantizar una tramitación rápida, asegúrese de incluir toda la información requerida en la lista de comprobación de la primera página de esta solicitud *****

Se informará a los solicitantes en un plazo de 15 días hábiles tras la presentación de una solicitud completa con toda la documentación acreditativa requerida.