



ANEXO C

Solicitud de ayuda 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 (infraseguro). Usted puede calificar para la asistencia financiera si usted no puede pagar su cuenta, o si pagarla daría lugar a apuros financieros.

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 soliciten asistencia financiera y que califiquen.

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 ser completada con información precisa dentro de 45 días. Si por alguna razón la información no se proporciona de manera oportuna, su solicitud puede ser negada, en cuyo caso se puede esperar que usted pague su factura en su totalidad.

Dada la naturaleza sensible de estas solicitudes, toda comunicación con el paciente o sus avales se gestionará de manera confidencial y compasiva.

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

**EL 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, usted será responsable del saldo total adeudado en 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 (ingles) o 970-641-7207 (español)

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Para determinar si puede acogerse a nuestro Programa de Asistencia Financiera, devuelva la siguiente documentación de apoyo junto con este paquete completado:

- Una copia de una identificación con foto (licencia de conducir estatal/identificación estatal) u otros documentos de identificación (pasaporte, tarjeta de identificación de empleado, etc.) para todos los familiares adultos que solicitan la Asistencia Financiera.
- Una copia de las tarjetas de seguro médico más recientes y activas de todos los familiares que aplican en el hogar.
- Formulario 1040 de la declaración federal de impuestos del último año, con todos los formularios W-2 y/o 1099.
- Dos últimas semanas de talones de pago con los totales del año hasta la fecha, o dos últimos meses de talones de pago sin los totales del año hasta la fecha (si se paga en efectivo sin talones de pago, proporcionar una verificación por escrito del empleador).
- Comprobante de ingresos de todas las demás fuentes, como subsidio de desempleo, ingresos por discapacidad, ingresos por alquiler, pensiones, rentas vitalicias, pagos de intereses, declaración de salarios e ingresos de la oficina del Seguro Social.
- Si trabaja independientemente: prueba de los ingresos de los dos últimos meses mediante estados de cuenta bancarios que incluyan depósitos y retiros, libros de contabilidad, estados de pérdidas y ganancias, o facturas y recibos.
- Si actualmente recibe prestaciones del Seguro Social, una copia de su carta del "monto del beneficio".
- Prueba de residencia, como una copia de una factura actual de servicios públicos, teléfono o televisión por cable que incluya su nombre, dirección física y dirección del servicio.
- Si es estudiante, una lista de los créditos/clases del semestre en curso y una copia de su credencial de estudiante.

NOTA: El nombre que figure en el documento de identidad con fotografía del paciente debe ser el mismo que figure en las nóminas y los formularios de impuestos.

NOTA: Cuando los padres de un paciente menor de edad están divorciados o separados pero comparten la responsabilidad de la atención médica del menor, cada uno de ellos debe 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 justificativa requerida.

Las solicitudes se cerrarán a los 45 días de la fecha de inicio.



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha: _____

(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA - ASEGÚRESE DE OTORGAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA)

I. INFORMACIÓN PERSONAL

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

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
 Apellido Nombre Inicial del 2º

Dirección _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal

Domicilio desde _____ No. telefónico () _____

Estado marital: Soltero/a _____ Casado/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____

Nombre del cónyuge _____ Fecha de nacimiento _____

Pariente adulto viviendo en el hogar _____ Fecha de nacimiento _____

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

	NOMBRE LEGAL del FAMILIAR	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	RELACIÓN CON EL PACIENTE
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

II. INFORMACIÓN DEL SEGURO – por favor, indique su seguro más reciente

	SOLICITANTE (O PADRE, SI EL SOLICITANTE ES MENOR)	CÓNYUGE DEL SOLICITANTE
¿Tiene seguro médico? (S/N)		
Si es si, nombre del plan del seguro:		
¿Medicare? (S/N)		
¿Medicare Parte D? (S/N)		
¿ Suplemento de Medicare? (YSN)		
¿Medicaid? (S/N)		
Tuvo Medicaid antes (S/N)		
De ser sí, número de Medicaid		
¿ Beneficios de Veterano? (Y/N)		

III. INFORMACIÓN DE INGRESO Y EMPLEADOR

Información de empleo del SOLICITANTE (o padres del solicitantes si es menor):

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

Dirección de la empresa _____
Calle Ciudad Estado Código postal

No. telefónico (____) _____ ¿Ofrece el empleador un seguro médico? (S/N) _____

Ingreso bruto mensual _____

Fecha de contratación _____

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

Nota: Tiene otra fuente de ingreso: (Sí/No), De ser así por favor explique _____

Información de empleo del Cónyuge (si corresponde):

Empleador del cónyuge _____ Desempleado/a? (S/N) ___ Fecha de desempleo _____

Dirección de la empresa _____
Calle Ciudad Estado Código postal

No. telefónico (____) _____ ¿Ofrece el empleador un seguro médico? (S/N) _____

Ingreso bruto mensual _____

Fecha de contratación _____

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

Nota: Tiene otra fuente de ingreso: (Si/No), De ser así por favor explique _____

Información de empleo del FAMILIAR ADULTO EN EL HOGAR (si corresponde):

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

Dirección de la empresa _____
Calle Ciudad Estado Código postal

No. telefónico (____) _____ ¿Ofrece el empleador un seguro médico? (S/N) _____

Ingreso bruto mensual _____

Fecha de contratación _____

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

Nota: Tiene otra fuente de ingresos: (Sí/No), De ser así por favor explique _____



Información adicional sobre el Descuento Hospitalario

- ¿Cuál es su método de contacto preferido (teléfono o correo electrónico)? _____
- ¿Está usted sin hogar? (S/N) _____
- ¿Es usted residente o vive actualmente en Colorado? (S/N) _____
- ¿Alguno de los solicitantes es ciudadano estadounidense? (S/N) _____
- ¿Algunas de las solicitudes es de Residente Legal Permanente (tiene Tarjeta Verde)? (S/N) ____ Si es así, ¿desde cuándo? _____
- ¿Alguno de los solicitantes está aquí con Visa? (S/N) _____
Si es así, ¿qué tipo de Visa y cuáles son las fechas? _____
- ¿Tiene usted estatuto de refugiado (documentado por el gobierno)? (S/N) _____
- ¿Está usted o alguien de su familia embarazada? (S/N) _____
- ¿Hay alguien en su hogar menor de 19 años? (S/N) _____
- ¿Tiene alguna discapacidad? (S/N) _____
- ¿Recibe ingresos federales por discapacidad? (S/N) _____
- ¿Usted ha recibido una carta de negación de Medicaid en el pasado? (S/N) _____
- ¿Usted ha recibido una carta de negación del programa CHP+ en el pasado? (S/N) _____
- ¿Está recibiendo ayuda del Programa de Asistencia a Indigentes de Colorado? (S/N) _____

IV. 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 tener derecho 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 ayuda financiera, cualquier ayuda 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 completa y la documentación justificativa por medio 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 711 N Taylor St, Gunnison, CO 81230
Lunes a viernes de 8:00 am a 4:30 pm

- **PREGUNTAS/CONTACTO:** (970) 642-4790, (970) 641-7207 (Español)
Lunes a viernes de 8:00 am a 4:30 pm

***** Para garantizar una tramitación oportuna, asegúrese de incluir toda la información requerida en la lista de comprobación de la primera página de esta solicitud *****
 Los solicitantes serán notificados dentro de los 14 días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud completada con toda la documentación justificativa requerida.
Las solicitudes se cerrarán después de 45 días.