



PRUEBA DOCUMENTAL C

Solicitud de asistencia financiera

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Gunnison Valley Health (GVH) se compromete a proporcionar atención en casos de emergencias y siempre que sea necesario a nivel médico a todos los pacientes que no tengan seguro o cuyos seguros no tengan suficiente cobertura (personas infraaseguradas). Si no puede pagar su factura, o bien pagarla podría crearle dificultades financieras, existe la posibilidad de recibir asistencia financiera.

GVH proporciona asistencia financiera a las personas residentes en los condados de Gunnison, Hinsdale y Saguache. Nuestro programa de asistencia financiera proporciona servicios de atención médica en casos de emergencia y siempre que sea necesario a nivel médico. Estos servicios tienen precios reducidos para todos los pacientes que soliciten asistencia financiera y que reúnan los requisitos necesarios.

Cuando solicite asistencia financiera, necesitaremos que nos proporcione los datos y los documentos adjuntos necesarios para que podamos tomar una decisión justa y oportuna. Si no se proporcionan datos completos y exactos, es posible que se rechace su solicitud. En ese caso, es posible que tenga que pagar la factura por completo.

A causa de la naturaleza confidencial de estas solicitudes, todas las comunicaciones con el/la paciente (o la persona garante de este/a) se gestionarán de manera reservada y caritativa.

Le proporcionamos la solicitud de asistencia financiera para que la complete. Una vez recibida, podremos determinar si reúne los requisitos para el programa de asistencia financiera.

**COMPLETAR ESTE FORMULARIO NO GARANTIZA
QUE VAYA A RECIBIR LA ASISTENCIA**

Si no completa esta solicitud o nos la envía completada sin los documentos adjuntos necesarios, no podremos determinar si reúne los requisitos para nuestro programa de asistencia financiera. En ese caso, será responsable del pago de la factura por completo.

Si necesita ayuda para completar este formulario o reunir los documentos necesarios para su solicitud, póngase en contacto con la asesoría financiera en el 970-642-4790.

Para determinar si reúne los requisitos para nuestro programa de asistencia financiera, deberá enviar los siguientes documentos junto con su solicitud completada:

- ✓ Una copia de una tarjeta de identificación con foto (ID estatal o permiso de conducir) o de otro documento de identificación (tarjeta de Seg. Social, tarjeta de residente, acta de nacimiento, acta de bautismo o de matrimonio, pasaporte, visado, tarjeta de identificación de empleado/a, etc.).
- ✓ Una copia del formulario 1040 de la declaración sobre ingresos del año pasado, junto con todos los formularios W-2 o 1099 relacionados.
- ✓ Una copia de los documentos de pago de salarios de las últimas dos semanas en los que consten la totalidad de ingresos recibidos durante el año en curso. Si no consta la totalidad de ingresos recibidos durante el año, necesitará una copia de los documentos de pago de salarios de los últimos tres meses. Si se le ha pagado en efectivo y no tiene documentos que prueben dichos pagos, deberá adjuntar un documento proporcionado por su empresa de empleo conforme ha recibido dichos pagos en efectivo.
- ✓ Certificados de ingresos de otras fuentes, como compensación por desempleo, ingresos por discapacidad, ingresos por alquileres, pensiones, anualidades, pagos por intereses y extractos de sueldos y salarios de la oficina de la Seguro Social.
- ✓ Si está recibiendo beneficios de la Seguro Social en la actualidad, deberá adjuntar una copia de la carta que indique la cantidad de beneficios.
- ✓ Copias de extractos de sus cuentas bancarias, certificados de depósitos, etc. de los últimos tres meses.
- ✓ Una copia de la factura más reciente de la luz, el gas, el agua, el teléfono o la televisión por cable de la vivienda donde reside.
- ✓ Si es estudiante, un listado de las clases o de los créditos del semestre actual y una copia de su tarjeta de identificación de estudiante.
 - NOTA: El nombre que conste en su tarjeta de identificación de paciente debe ser el mismo que aparezca en los documentos de pago de salarios y en los formularios de impuestos.
 - NOTA: Cuando los/las padres/madres de una persona menor estén divorciados/as o separados/as y compartan la responsabilidad de la atención médica de esta persona menor, cada padre/madre deberá completar una solicitud por separado.

Deberá enviar la solicitud completada y los documentos adjuntos necesarios lo antes posible. No revisaremos las solicitudes que no incluyan todos los documentos adjuntos necesarios.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

(ESCRIBA A MANO Y ASEGÚRESE DE INCLUIR TODOS LOS DATOS SOLICITADOS)

I. DATOS PERSONALES

Datos personales de la persona solicitante (o del padre o de la madre si se trata de una persona menor)

Nombre completo _____ Fecha de nacimiento _____
 Apellido(s) Nombre IM

Dirección _____
 Vía Población Estado Código postal

Reside en esta dirección desde _____ N.º de tel. (____) _____ N.º de Seg. Social _____

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

Datos de cónyuge. Nombre _____ N.º de Seg. Social _____ Fecha de nacimiento _____

Indique quiénes son los miembros familiares (incluidos padres, madres, paciente y hermanos/as biológicos y adoptivos/as) que viven en la dirección indicada anteriormente.

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

II. INFORMACIÓN DEL SEGURO

	SOLICITANTE (O PADRE O MADRE SI SE TRATA DE UNA PERSONA MENOR)	CÓNYUGE DE LA PERSONA SOLICITANTE
¿Tiene seguro médico? (S/N)		
Si ha respondido sí, indique el nombre del seguro médico:		
¿Tiene Medicare? (S/N)		
¿Tiene la parte D de Medicare? (S/N)		
¿Tiene seguro suplementario de Medicare? (S/N)		
¿Tiene Medicaid? (S/N)		
¿Tiene beneficios de personas veteranas? (S/N)		

III. DATOS DE EMPLEO Y DE INGRESOS

Datos de empleo de la persona solicitante (o del padre o de la madre si se trata de una persona menor)

Empresa de empleo _____ ¿Está en situación de desempleo? (S/N) _____ Fecha de inicio de desempleo _____

Dirección de empresa de empleo _____
 Vía Población Estado Código postal

N.º de tel. (____) _____ ¿Su empresa de empleo ofrece seguro médico? (S/N) _____

Ocupación / Puesto _____ Fecha de contratación _____
 Estudiante (S/N) _____ Nombre de escuela _____ Número de créditos de este semestre _____

SALARIO MENSUAL				COMPENSACIÓN POR HORA		N.O DE HORAS DE TRABAJO POR SEMANA	
BRUTOS	\$	NETOS	\$	\$			

Otras fuentes de ingreso adicionales (por mes):

- | | | | | | |
|--|----------|--|----------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Otros salarios | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Manutención de menores | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Intereses y dividendos | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Pensión o jubilación | \$ _____ | <input type="checkbox"/> SSI o Seg. Social | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por alquileres | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Comp. trabajadores | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Beneficios de personas veteranas | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Cupones para alimentos | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Desempleo | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Otros ingresos | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Ingresos por trabajar en el campo | \$ _____ | | |

Datos de empleo de cónyuge (si procede):

Empresa de empleo _____ ¿Está en situación de desempleo? (S/N) _____ Fecha de inicio de desempleo _____

Dirección de empresa de empleo _____
 Vía Población Estado Código postal

N.º de tel. (____) _____ ¿Su empresa de empleo ofrece seguro médico? (S/N) _____

Ocupación / Puesto _____ Fecha de contratación _____

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

SALARIO MENSUAL				COMPENSACIÓN POR HORA		N.O DE HORAS DE TRABAJO POR SEMANA	
BRUTOS	\$	NETOS	\$	\$			

Otras fuentes de ingreso adicionales (por mes):

- | | | | | | |
|--|----------|--|----------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Otros salarios | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Manutención de menores | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Intereses y dividendos | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Pensión o jubilación | \$ _____ | <input type="checkbox"/> SSI o Seg. Social | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por alquileres | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Comp. trabajadores | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Beneficios de personas veteranas | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Cupones para alimentos | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Desempleo | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Otros ingresos | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Ingresos por trabajar en el campo | \$ _____ | | |

IV. DATOS DE GASTOS MENSUALES

Indique las cantidades mensuales que paga o debe por cada uno de los siguientes conceptos:

ALQUILER / HIPOTECA		FACTURAS DOMÉSTICAS	
Nombre del/de la propietario/a		Calefacción / Servicios públicos	\$
N.º de tel. de propietario/a	()	Tel. / Cel.	\$
Entidad hipotecaria		TV por cable / Internet	\$
Cantidad de hipoteca	\$	Seguro de hogar	\$
		Seguro de auto	\$
PRÉSTAMOS		Seguro médico, dental o de visión	\$
Préstamo de auto	\$	Seguro de vida o de discapacidad	\$
Préstamo personal	\$	Otros seguros	\$
Préstamo para estudiantes	\$	Facturas médicas (hospital / clínica)	\$
OTRAS OBLIGACIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	
Manutención de menores	\$	Tarjeta de crédito	\$
Manutención de menores	\$	Tarjeta de crédito	\$
Pensión alimenticia	\$	Tarjeta de crédito	\$
Otros ingresos	\$		

TOTAL DE GASTOS MENSUALES: \$ _____

V. ACTIVOS

Indique el valor justo de mercado actual de cada uno/a de los siguientes:

CUENTAS BANCARIAS				INMUEBLES EN PROPIEDAD	
Nombre del banco		Valor		\$	
Ahorros	\$	Dirección			
Disponible	\$	Población, estado y código postal			
VEHÍCULOS EN PROPIEDAD				INDIQUE OTROS ACTIVOS	
	Año / Fabricación	Modelo	Valor		\$
1			\$		\$
2			\$		\$
3			\$		\$

TOTAL DE ACTIVOS: \$ _____

VII. AUTENTICACIÓN

Doy fe conforme los datos que he proporcionado en esta solicitud, así como los documentos adjuntos necesarios para la misma, son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender. Solicitaré cualquier tipo de asistencia federal, estatal o local a la que tenga derecho para poder pagar mi atención médica. Entiendo que Gunnison Valley Health podrá verificar los datos que haya proporcionado, por lo que autorizo a Gunnison Valley Health a ponerse en contacto con terceros para verificar la exactitud de los datos que haya proporcionado. Entiendo que, en caso de haber proporcionado intencionadamente datos inexactos o incompletos en esta solicitud, es posible que pierda mi derecho a recibir asistencia financiera y que tenga que devolver cualquier tipo de asistencia financiera que haya recibido. Asimismo, seré responsable del pago de mis facturas médicas.

Firma de la persona solicitante _____ Fecha de solicitud _____

Una vez haya completado la solicitud y adjuntado los documentos necesarios para la misma, podrá enviarla por:

- **CORREO ELECTRÓNICO:** CustomerService@gvh-colorado.org
- **CORREO POSTAL:** 711 N Taylor St, Gunnison, CO, 81230 | Attn: Financial Counselor (Asesoría financiera)
- **EN PERSONA:** Gunnison Valley Health – South Entrance (entrada sur) 711 N Taylor St, Gunnison, CO 82130, de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 4:30 p. m.

- **PREGUNTAS / CONTACTO:** (970) 642-4790, de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 4:30 p. m.

***** Para procesar su solicitud lo antes posible, asegúrese de incluir todos los datos requeridos que constan en el listado que aparece en la primera página de esta solicitud *****

Se notificará a las personas solicitantes en un plazo de 15 días hábiles posteriores a la fecha de envío de la solicitud completada con los documentos necesarios adjuntos