



Solicitud de ayuda financiera

Si necesita asistencia llame al 970.507.3939 o al 970.507.3942

Nombre del paciente _____ N.H.C _____ Fecha: _____

Para que la solicitud de ayuda financiera pueda procesarse, DEBERÁ enviar la siguiente información con esta solicitud. Si no puede facilitar lo siguiente, por favor explique: (Certifico que la información proporcionada es exacta y completa)

- Talones de pago más recientes o ingresos del seguro complementario (SSI, por sus siglas en inglés, proporcionado por la Seguridad Social).
- Extractos más recientes de cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificados de depósito, acciones, bonos, mercado monetario, etc.
- Formularios más recientes del impuesto federal sobre la renta, inclusive los Anexos C, D, E y F.
- Declaración W2 o 1099 más reciente.

¿Es usted propietario de su hogar? ___sí___no Valor estimado _____ Hipoteca/Alquiler mensual _____

Nombre del responsable: _____ Relación con el paciente _____ N.º del SS _____
(Jefe o jefa de familia)

Nombre del cónyuge si está casado/a _____ N.º del SS _____ Teléfono _____

Dirección postal: _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

¿Cuántas personas a su cargo viven en el hogar? Indique el total de los familiares en el hogar _____

Indique los ingresos mensuales:

Empleo _____ SSI _____ Pensión alimenticia/Manutención infantil _____ Jubilación _____

Fondo fiduciario _____ Asistencia pública _____ Ingreso de inversiones _____ Ingreso de alquileres _____

Certifico que la información proporcionada es exacta y completa. Por la presente acepto presentar una solicitud para Medicaid y comunicar a Pagosa Springs Medical Center la aprobación o el rechazo de la solicitud, a fin de que mi solicitud de ayuda financiera pueda procesarse.

Firma del solicitante: _____ Fecha _____

For Pagosa Springs Medical Center Use Only

Adjustment totals: _____ Adjustment Alias _____ Financial Asst. Category _____

Approvals: Manager _____ Date _____

Director _____ Date _____

CFO _____ Date _____

Percentage of FPL Guidelines is _____ Approved if below _____ of FPL Guidelines