



SCL Health  
500 Eldorado Blvd. Bldg. 6 Suite 6300  
Broomfield, CO 80021-3408

Gracias por elegir SCL Health para sus necesidades de atención médica. Sisters of Charity of Leavenworth Health System se enorgullece en ofrecer una atención médica de calidad y accesible para la comunidad. Estamos para ayudar a quienes necesitan asistencia financiera y a quienes tienen preguntas o necesitan asistencia al momento de elegir una atención médica para ellos y sus familias.

SCL Health cuenta con un programa para ayudar a los pacientes que necesitan asistencia financiera para pagar la totalidad o parte de su factura. Para participar de este programa, complete la información de la solicitud de asistencia financiera adjunta.

Para procesar su solicitud, también necesitamos contar con documentación de respaldo. En la página cuatro (4), puede encontrar una lista de los documentos requeridos. Esta información debe recibirse en un plazo de 15 días a partir de la fecha de esta carta, si la recibimos en persona. Si cree que debe explicar su situación con más detalle a fin de obtener la asistencia financiera, puede hacerlo en el espacio adicional que encontrará al final de la solicitud.

Es importante completar la totalidad de la solicitud y devolverla con los documentos solicitados. No hacerlo retardaría el procesamiento de la solicitud y podría ser motivo para una denegación. Se rechazarán las solicitudes que se reciban sin firma.

Si, por cualquier motivo, la información anterior no se puede obtener, comuníquese con el Revenue Service Center al 303-813-5400 o al 1-866-665-2636, entre las 8:00 a. m. y las 4:30 p. m. Estaremos más que complacidos en ayudarlo.

Luego de tomar una decisión acerca de su cuenta, usted recibirá una notificación por correo con los resultados de nuestra decisión.

Atentamente.

Coordinador financiero  
SCL Health

# Solicitud de asistencia financiera para la atención médica

## INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ N.º de cuenta \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Soltero     Casado/en pareja     Divorciado/separado     Viudo/viuda

Nombre del responsable \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Nombres y edades de las personas a su cargo que viven con usted y están bajo su responsabilidad. Incluya fecha de nacimiento:

Nombre	Edad	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

# Solicitud de asistencia financiera

## INGRESOS

Ingresos brutos ajustados (AGI) del año anterior informados al Servicio de Impuestos Internos (IRS) (en el formulario 1040) \_\_\_\_\_

Si usted no presentó una declaración de impuestos, ofrezca una explicación \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Duración del empleo \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses Tiempo completo/medio tiempo \_\_\_\_\_

Cantidad de horas de trabajo programadas por semana \_\_\_\_\_

Si está desempleado, fecha en que se quedó sin trabajo: \_\_\_\_\_ ¿Recibe subsidio por desempleo? Sí/No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es *SÍ*, fecha en que comenzó a recibirlo: \_\_\_\_\_ Monto que recibe por semana \_\_\_\_\_

Empleador actual del cónyuge/pareja \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Duración del empleo \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses Tiempo completo/medio tiempo \_\_\_\_\_

Cantidad de horas de trabajo programadas por semana \_\_\_\_\_

Si está desempleado, fecha en que se quedó sin trabajo: \_\_\_\_\_ ¿Recibe subsidio por desempleo? Sí/No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es *SÍ*, fecha en que comenzó a recibirlo: \_\_\_\_\_ Monto que recibe por semana \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales	Suyos	Cónyuge
Sueldo bruto		
Pensión alimenticia/ Manutención de niños		
Seguro Social		
Subsidio por desempleo/ Seguro laboral		
Jubilación/Pensión		
Intereses/Rentas		
Asistencia Pública		
Otro		
Total mensual		

**(Office use only) Annual Total** \_\_\_\_\_

**(Solo para uso de la oficina) Total anual** \_\_\_\_\_

Activos	Valor/Saldo
Hogar actual	
Otras propiedades (terrenos, inversiones, rentas, etc.)	
Vehículos	
Inversiones: acciones, bonos, fondos comunes de inversión, planes 401k, cuenta individual de retiro (IRA), pensiones anuales	
Caja de ahorro 1.	
Caja de ahorro 2.	
Caja de ahorro 3.	
Otro	
Otro	

# Solicitud de asistencia financiera

## GASTOS

Nombre del titular de la hipoteca o del propietario \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

	Pago mensual	Saldo pendiente	Actual Sí/No
Hipoteca/Renta			
Asociación de propietarios (HOA)			
Seguro del inquilino			
Teléfono de la casa			
Teléfono celular			
Teléfono laboral			
Electricidad/gas			
Agua			
Internet			
Cable/TV por satélite/Antena parabólica			
Comida			
Crédito automotor			
Crédito automotor			
Transporte: gasolina			
Seguro de vida			
Seguro médico			
Seguro automotor			
Facturas médicas			
Recetas			
Cuidado de niños			
Gastos/Créditos escolares			
Pensión alimenticia/Manutención de niños			
Facturas de tarjetas de crédito			
Otro			
Otro			
Total mensual			

**(Office use only) Annual Total** \_\_\_\_\_

**(Solo para uso de la oficina) Total anual** \_\_\_\_\_

# Solicitud de asistencia financiera

## OTRO

¿Recibe vales para alimentos?  Sí  No

¿Tiene beneficios médicos?  Sí  No

Si la respuesta es no, ¿ha solicitado Medicaid? \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_

Si los beneficios le fueron denegados, ¿cuál fue el motivo? \_\_\_\_\_

Fecha de rechazo de Medicaid \_\_\_\_\_

¿Es esta cuenta resultado de un seguro laboral y/o una reclamación de seguro de automóvil?  Sí  No

Si la respuesta es Sí: ¿Obtuvo asesoramiento legal?  Sí  No

### DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Solicitud completa con firma y fecha
- Copia de los talones de pago de los últimos **3 meses** para usted, su cónyuge u pareja
- Resúmenes de cuenta de los últimos **3 meses** (incluidas las cuentas personales, las cajas de ahorro y las cuentas corrientes) en donde se visualice el nombre y el número de cuenta del propietario de la cuenta
- Copia de las cartas de concesión: desempleo, seguro social, etc. en donde se visualice el beneficio mensual
- Manutención de niños/manutención ordenada por la corte
- Con esta solicitud debe enviarse una copia de la declaración de impuestos del año anterior (todas las páginas). No se pueden aceptar formularios W2.
- Si está desempleado o vive con un amigo o con familiares, debe completar la página tres (3) "Gastos".

#### **Si está desempleado y vive con familiares o con un amigo,**

debe completar la página tres (3) de la solicitud financiera y demostrar la hipoteca/renta mensual, así como los gastos de electricidad/gas y cable que refleja la declaración. (No envíe recibos).

#### **Si el solicitante o el cónyuge es un trabajador independiente,**

debe proporcionar una copia del libro mayor de su negocio correspondiente a los últimos tres (3) meses.

#### **Los solicitantes que no sean residentes estadounidenses**

deben proporcionar copia de una identificación con fotografía: pasaporte, visa, etc.

#### **Rechazaremos las solicitudes que estén incompletas.**

#### *La firma es obligatoria para completar esta solicitud.*

Mi firma certifica que la información proporcionada en este formulario es precisa y verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que SCL Health System debe verificar mis ingresos antes de llegar a una determinación. También comprendo que deberán acceder a mi crédito, sin que eso me signifique un gasto, para verificar la información anterior.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Utilice el espacio proporcionado a continuación, en caso de ser necesario:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**OFFICE USE ONLY:**

Family Size \_\_\_\_\_ Income \_\_\_\_\_ Yearly Expenses \_\_\_\_\_ Poverty Level \_\_\_\_\_

Out Pt. Responsibility \_\_\_\_\_ In Pt. Responsibility \_\_\_\_\_

Clinic Responsibility \_\_\_\_\_ Level: \_\_\_\_\_

Special Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Financial Coordinator Name \_\_\_\_\_  Approved  Rechazada

Decision Date \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA:**

Tamaño de la familia \_\_\_\_\_ Ingresos \_\_\_\_\_ Gastos anuales \_\_\_\_\_ Nivel de pobreza \_\_\_\_\_

Responsabilidad del paciente ambulatorio \_\_\_\_\_ Responsabilidad del paciente hospitalizado \_\_\_\_\_

Responsabilidad de la clínica \_\_\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_\_

Notas especiales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador financiero: \_\_\_\_\_  Aprobada  Rechazada

Fecha de la decisión \_\_\_\_\_