

Solicitud de asistencia financiera para cuidado de salud

Tiene que llenarse completo (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre legal completo del solicitante:		Fecha de nacimiento:	Números de teléfono Celular:
¿Ciudadano de EE.U.U.? Sí () No ()	¿Extranjero residente? Sí () No ()	¿Seguro médico? Sí () No ()	Hogar/Trabajo:

Nombre legal completo del cónyuge:		Fecha de nacimiento:	Números de teléfono Celular:
¿Ciudadano de EE.U.U.? Sí () No ()	¿Extranjero residente? Sí () No ()	¿Seguro médico? Sí () No ()	Hogar/Trabajo:

Dirección física:			Propiedad___ Alquiler___ Otro___
Ciudad	Estado:	Postal:	¿Cuánto tiempo en esta dirección? _____
			Si es Otro, explique: _____

Dirección postal si es diferente a la física

Dirección postal:		
Ciudad	Estado:	Postal:

Si lleva menos de 2 años en la dirección actual, indique la dirección anterior abajo

Dirección física:			Propiedad___ Alquiler___ Otro___
Ciudad	Estado:	Código:	¿Cuánto tiempo en esta dirección? _____



**Valley View
Hospital**

(970) 384-6890
www.vvh.org

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

INFORMACIÓN DE INGRESOS

Nombre del miembro de familia	#SS	Fecha de nacimiento	Parentesco	Fuente/Descripción	Frecuencia (Semana,mes,etc)	Ingreso
			Solicitante			\$
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$

Prima mensual del seguro médico: \$	Gastos médicos incurridos en los últimos 12 meses: (Excluyendo Valley View Hospital) \$
--	---

ACTIVOS / BIENES

PASIVOS

Valor del hogar principal	\$	Hipoteca(s) del hogar principal	\$
Valor de otros bienes raíces que posea	\$	Otros préstamos de bienes raíces	\$
Balance(s) de cuenta(s) de cheques	\$		\$
Ahorros/Mercado del dinero/CD/Acciones	\$		\$
Número de autos, botes, motoras, 4x4 que posea		Balance de préstamos de vehículos	\$
Valor de todos los vehículos enumerados antes	\$		\$
Otros:	\$		\$

Certifico que la información proporcionada antes es una descripción verdadera y exacta de mi información financiera. Certifico además que no hay cobertura de seguro adicional para esta familia aparte de lo que se ha presentado a Valley View Hospital (VVH). Entiendo que brindar información falsa causará la denegación de la solicitud de cualquier tipo de asistencia financiera a través de VVH. Si tengo derecho a algún pleito legal contra terceros pagadores o un acuerdo con ellos, tomaré cualquier medida necesaria o solicitada por VVH para obtener dicha asistencia y cederé a VVH, y cuando la reciba, pagaré a VVH todas las cantidades recuperadas hasta la suma total del balance pendiente de mi cuenta. Si no solicito dicha asistencia o no completo el proceso de solicitud y la documentación necesaria, esta solicitud quedará cancelada y denegada. Cada una de las personas que suscriben reconoce por la presente que el Hospital puede comprobar o volver a comprobar cualquier información incluida en esta solicitud a través de cualquier fuente, incluyendo una fuente nombrada en esta solicitud o una agencia de informe del consumidor.

_____ Firma del solicitante _____ Fecha _____ Firma del cónyuge _____ Fecha



VALLEY VIEW HOSPITAL
SOLICITUD DE DOCUMENTOS PARA AYUDA ECONÓMICA

AVISO: SI USTED TIENE HIJOS EN EL HOGAR DEBE SOLICITAR MEDICAID SIMULTÁNEAMENTE AL ENTREGAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA EN EL HOSPITAL VALLEY VIEW. SI TIENE PREGUNTAS HABLE CON UNO DE NUESTROS ASESORES FINANCIEROS CUANDO ENTREGUE SU SOLICITUD.

- 1. Solicitud de asistencia financiera para cuidado de salud**
 - Completada
 - Firmada
- 2. Documentos de identificación (para todos los miembros de familia)**
 - Licencia de conducir u otra identificación con foto
 - Tarjeta de seguro social y/o prueba de estatus migratorio
 - Certificados de nacimiento de todos los menores en el hogar
 - Tarjetas de seguro médico
- 3. Verificación de ingresos**
 - Últimos dos comprobantes de pago consecutivos
 - Carta de aprobación de subsidio por desempleo
 - Carta de aprobación de seguro social, pensión, incapacidad y otras fuentes
 - Si trabaja por cuenta propia o recibe ingresos por renta, ingreso en lo que va de año y declaración de gastos
- 4. Carta de respaldo económico firmada y certificada por un notario público si recibe alojamiento y comida u otro tipo de respaldo económico de la familia, amigos u otras personas.**
 - Use formularios separados de la Carta de respaldo económico para cada fuente (Anexo B)
- 5. Copias de los dos estados bancarios consecutivos más recientes:**
 - Cuenta de cheques personal
 - Ahorros o Certificados de depósito
 - Cuenta de cheques de el negocio
 - Acciones/IRA/401K/valor en efectivo de seguros de vida, etc.
 - Activos líquidos en un fideicomiso
- 6. Verificación de activos:**
 - Tasación de los bienes raíces del condado para todas las propiedades
 - Registros de todos los vehículos de su propiedad (autos, motocicletas, botes, RV, etc.)
- 7. Información de declaración de impuestos:**
 - Declaraciones de impuestos personales de los dos últimos años (Formulario W-2 para el año más reciente si todavía no se ha presentado la declaración de impuestos)
 - Declaraciones de impuestos del negocio de los dos últimos años (Declaraciones financieras de fin de año del negocio si todavía no se ha presentado la declaración de impuestos)
- 8. Copias de todas las facturas médicas incurridos en el último año desde que se firmo la solicitud**
- 9. Otros documentos que requiera el Personal del Hospital para completar su solicitud.**
 - _____

Nota:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Por favor, proporcione copias legibles de todos los documentos2. Los documentos de identificación deben copiarse por ambos lados3. La Carta de respaldo económico (Anexo B) tiene que estar certificada por un notario público. |
|---|

Toda la información correspondiente tiene que enviarse dentro de 15 días para que su solicitud sea considerada.

Entiendo que toda la información en mi solicitud y documentación de apoyo tiene que ser verdadera a mi leal saber y entender o mi solicitud será rechazada.

Firma autorizada de VVH

Fecha

Firma del solicitante

Fecha

Si tiene alguna pregunta, llame sin cargos a Servicio al Cliente, al 970-384-6890 o 866-231-7678.



Carta de respaldo económico

Nombre del paciente _____

Número de cuenta _____

Por la presente certifico que yo, _____, _____
Persona que respalda Parentesco

del Paciente, _____, brindo ayuda a este

Paciente y lo he hecho durante _____ semanas/meses/años.

- () Proporciono alojamiento y comida a la persona señalada por valor de \$_____ por mes
- () Proporciono a la persona señalada \$_____ por semana/mes/año
- () Proporciono otra ayuda como se describe a continuación (incluya descripción y valor en \$\$):

Certifico que toda la información brindada es verdadera. Entiendo que brindar información falsa tendrá como consecuencia que rechacen la solicitud.

Firma

Estado de Colorado
Condado de _____

El documento anterior fue certificado ante mí el día ____ de _____, 20____

por _____

(Firma oficial del notario)

(Fecha de vencimiento de la licencia)