

Documentos necesarios para la ayuda financiera

- IDENTIFICACIÓN** corriente y válida:
 - Identificación federal o estatal con foto (licencia de conducir, tarjeta de identificación del estado, tarjeta de residencia, pasaporte)
 - Comprobante de residencia (se requieren dos; p. ej., factura de teléfono o servicios públicos, recibos del pago de la renta o arrendamiento, eliminación de basura, cable/satélite)

- INGRESOS** (Suministre todos los ingresos de todas las personas que residen en la casa) de los últimos 90 días:
 - Llene la información de **IMPUESTOS FEDERALES** del año pasado
 - Formulario W-2 del servicio de impuestos internos
 - Comprobantes de pago o carta notariada del empleador que incluya el salario por hora y las horas trabajadas por semana
 - Carta de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) o de ingresos suplementarios de seguridad que indica el monto que recibe actualmente del seguro social
 - Comprobantes de pago de planes de jubilación
 - Comprobante de subsidio de desempleo prestaciones (UIB, por sus siglas en inglés), si corresponde al paciente y al cónyuge
 - Si el paciente trabaja por cuenta propia, un informe de pérdidas y ganancias de cada mes durante los últimos 3 meses
 - Si el paciente no trabaja, carta notariada de sobrevivencia (cómo vive usted) de la(s) persona(s) que mantienen al paciente que solicita ayuda financiera

- EXTRACTOS BANCARIOS O DE COOPERATIVA DE CRÉDITO** de los últimos 3 meses para todas las cuentas:
 - Corriente
 - De ahorros
 - Inversiones, incluyendo acciones y bonos
 - Fondos fiduciarios
 - Cuentas del mercado monetario
 - Fondos mutuos
 - Otros fondos de inversión que no incurran penalización alguna al retirarlos antes de tiempo

- VERIFICACIÓN DEL SEGURO:**
 - Una copia de todas las tarjetas actuales del seguro, incluyendo Medicare, Medicaid, y el programa de cuidado de personas sin recursos de Colorado (CICP, por sus siglas en inglés), o una carta que indique que usted decidió no tener seguro médico.
 - Una copia de las tarjetas de cualquier otro programa de descuentos, tales como cuidado de un médico, una cooperativa de salud, planes de salud de participación en los gastos, etc.
 - Carta de aceptación en cualquier otro programa externo de beneficencia para gastos médicos.
 - Cualquier sitio web de financiación colectiva, cuentas de redes sociales, o fondo de caridad o regalo patrocinado por un banco establecido para solicitar fondos para pagar los gastos.

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Datos demograficos del solicitante		
Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:		Ciudad:
Fecha de Nacimiento:		
Estado:	Codigo postal:	Numero de cuenta:
Numero de seguro social:		

Información del hogar. Llene la información para todos los miembros de su hogar (cónyuge, hijos, otros dependientes)					
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Número de seguro social	Número de licencia	Número de telefono

Ingresos familiares Incluya todas las fuentes de ingresos del hogar		
Tipo de ingresos	¿Quien recibe estos ingresos?	Ingreso mensual
Trabajo por cuenta propia		
Salario,propinas,comisiones		
Penión (es)		
Ingresos por pago de préstamos		
Otros ingresos no salariales (indique la Fuente)		
Ingresos por alquiler de propiedades		
Ingresos por seguro de incapacidad del seguro social (SSDI,por sus siglas en inglés) o seguro de jubilación para sobrevivientes e incapacidad (RSDI, por sus siglas en inglés)		
Ingresos suplementarios de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)		
Ingresos de desempleo		
Compensación de trabajadores		
Total:		

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Activos Domesticos. Incluya todos los activos que pertenecen a todos los miembros de la familia.		
Tipo de Activo	¿Quien recibe este activo?	Activo mensual bruto
Cuenta de cheques		
Cuenta de ahorros		
Inversiones, incluyendo acciones y abonos		
Fondo Fiducario		
Cuenta de Mercado monetario		
Fondos de Inversión		
Otros fondos de Inversion que no incurran algun tipo de pena		
Total:		

Estoy solicitando asistencia financiera para servicios de salud en Centura Health. Yo certifico que esta información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. También entiendo que los documentos apropiados deben ser proporcionados y/enviados por correo con esta solicitud para consideración de asistencia financiera.

Firma del paciente, el/la cónyuge, o representante legal

Fecha