

Community Hospital
2351 G Road
Grand Junction, CO 81505
(970) 242-0920



La siguiente información y documentación son **necesarias** para completar su solicitud de **asistencia financiera**. Si no se recibe la información/documentación, la solicitud de asistencia financiera se considerará cerrada y cualquier saldo de la cuenta deberá pagarse en su totalidad. Community Hospital se reserva el derecho de rechazar cualquier solicitud de reabrir la solicitud.

USTED DEBE PROPORCIONAR LO SIGUIENTE:

- Licencia de conducir válida de Colorado/documento de identidad de cada familiar de más de 18 años de edad.
- Certificados de nacimiento de todos los hijos menores de 18 años de edad.
- Tarjeta del Seguro social de cada familiar o una copia de la solicitud.
- Documentación que compruebe su situación de inmigrante legal (**frente y reverso de la tarjeta**).
- Copias de (todas) las tarjetas de seguro de salud (**frente y reverso de las tarjetas**).
- Carta(s) de denegación de Medicaid o CHP+.
- Copias de las boletas de pago más **recientes** de los últimos 30 días.
- Comprobante de asistencia por desempleo, es decir, la carta de otorgamiento que recibió.
- Comprobante de ingreso del Seguro social en forma de carta de beneficios.
- Solo para independientes:** Estado de ganancias/pérdidas, estados de cuentas bancarias de negocios y declaraciones de impuestos desde el 2016. Además, complete, firme y coloque la fecha en la hoja de trabajadores independientes.
- Últimos **estados de cuentas** bancarias de **todas/todos las/los:** cuentas corrientes, ahorros, tarjetas bancarias prepago, cuentas de ahorro de salud, certificados de depósito, rentas, pensiones. Si recibe pagos mensuales de un plan 401k y cuentas para jubilados.
- Formulario federal completo (**1040**) de impuestos y W- 2. (Año en curso)
- Último estado de préstamo para la vivienda/hipoteca.
- Contrato de arrendamiento (**debe indicar la dirección, el costo por mes, la firma del propietario y la fecha**).
- Firme y coloque la fecha en el formulario de responsabilidades del cliente del CICP.
- Complete y firme el estado financiero.

La documentación anterior debe devolverse personalmente en la entrada principal de Community Hospital o enviarse por correo.

Se debe obtener una COPIA de toda la documentación. NO aceptaremos documentos originales.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al: (970) 644-3144, (970) 644-3156 o a Oncología al (970)644-3193

Gracias.

Asesor financiero
Community Hospital

Responsabilidades del beneficiario del Programa de atención a indigentes de Colorado (CICP)

Los beneficiarios del CICP deberán:

1. Reconocer que el CICP no es un seguro de salud, no ofrece un paquete de beneficios específico, no da derecho a beneficios médicos y que existen limitaciones para los servicios con descuento.
2. Reconocer que los servicios de atención médica con descuento del CICP varían según la ubicación del proveedor.
3. Entregar al proveedor del CICP toda la información financiera y la documentación necesarias para completar la solicitud.
4. No deberán entregar información falsa con la intención de cometer fraude.
5. Informar al proveedor del CICP si otro proveedor emitió una calificación financiera para el CICP y notificar al proveedor del CICP dentro de los 15 días si se impugna la calificación para el CICP.
6. Pagar el dinero adeudado a tiempo y según sea necesario o trabajar con el proveedor del CICP para llegar a un acuerdo de pago.
7. Notificar al proveedor del CICP de inmediato sobre los cambios en los recursos, ingresos y todos los demás cambios en el hogar que pueden afectar la calificación para el CICP.
8. Comunicar cualquier información, inquietud y/o pregunta relacionada con la evaluación financiera al representante adecuado.
9. Respetar la propiedad del proveedor del CICP, de los otros beneficiarios y de los demás.
10. Seguir todas las demás normas y reglamentos del lugar del proveedor del CICP en relación con el trato respetuoso y los derechos de otros beneficiarios y el personal del proveedor.

Nombre del beneficiario (en letra de imprenta): _____

Fecha: _____

Firma del beneficiario: _____

N.º de cuenta(s) _____

COMMUNITY HOSPITAL
ESTADO FINANCIERO

Complete, firme, coloque la fecha y devuelva este estado con toda la documentación

1. _____
Nombre (jefe de familia) N.º de Seguro social Fecha de nacimiento

2. _____
Cónyuge N.º de Seguro social Fecha de nacimiento

3. _____
Dirección postal Dirección física (si es distinta a la postal)

4. Teléfono fijo _____ Teléfono durante el día _____ Celular _____

5. _____
Nombre del empleador Dirección Ocupación N.º de teléfono Cantidad de años

6. _____
Empleador del cónyuge Dirección Ocupación N.º de teléfono Cantidad de años

7. Dirección de correo electrónico: _____

Estado civil (marque una) ___ Soltero ___ Casado ___ Separado ___ Divorciado ___ Viudo(a) ___ Matrimonio por convivencia				
Número de personas en su hogar que mantiene: _____ Adultos _____ Hijos _____ Padres _____ Nietos				
Nombres de familiares adicionales no mencionados anteriormente: Relación Seguro social Fecha de nacimiento Seguro				

Empleo

¿Cómo le pagan? Semanal Quincenal Semimensual Mensual
¿Cómo le pagan a su cónyuge? Semanal Quincenal Semimensual Mensual

¿Trabaja usted... Medio tiempo Por temporadas Desde _____ Hasta _____
Tiempo completo

¿Trabaja su cónyuge... Medio tiempo Por temporadas Desde _____ Hasta _____
Tiempo completo

Estado financiero

Fuente de ingresos brutos	Jefe de familia	Cónyuge		Valor		
Salarios mensuales			Hogar actual			
Comisiones/propinas			Cuenta corriente			
Independiente			Cuenta de ahorros			
Desempleo			Certificados de depósito/mercado monetario			
Seguro social/SSI/SSDI			Tarjeta bancaria prepago			
OAP (Pensión por vejez)			Cuentas de ahorros de salud			
Jubilación/pensión			Seguro de vida			
Seguro de indemnización por accidentes y enfermedades laborales						
Ingresos por alquiler						
Pensión alimenticia tras el divorcio						

POR MEDIO DEL PRESENTE, CERTIFICO/CERTIFICAMOS QUE ESTA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI/NUESTRO LEAL SABER Y ENTENDER Y OTORGO A COMMUNITY HOSPITAL MI/NUESTRO PERMISO PARA VERIFICAR TODA INFORMACIÓN INCLUIDA. INFORMARÉ CUALQUIER CAMBIO DE MI SITUACIÓN DENTRO DE 90 DÍAS.

Fecha

Firma

Fecha

Firma

Ingreso de trabajador independiente

(Comprobantes de gastos adjuntos)

¿Opera su negocio desde su casa? _____

Pies cuadrados de su casa _____

Pies cuadrados usados para el negocio en su casa _____

Horas por semana que trabaja fuera de su casa _____

	Mensuales	Anuales
Ingresos: Ingresos brutos del negocio	_____	_____
Gastos de la propiedad comercial:		
Hipoteca/renta de la propiedad comercial	_____	_____
Servicios públicos	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Otros gastos:		
Publicidad	_____	_____
Teléfono del negocio	_____	_____
Impuestos del negocio (no personales)	_____	_____
Combustible para viajes de negocios	_____	_____
Salarios brutos	_____	_____
Seguro comercial	_____	_____
Honorarios legales	_____	_____
Costos de licencia/certificación	_____	_____
Mercadería pagada/costo de productos	_____	_____
Suministros de oficina	_____	_____
Reparaciones/mantenimiento de equipos	_____	_____
Herramientas/equipos	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Gastos totales:	_____	_____
Ganancia neta	_____	_____

Firma del solicitante _____ Fecha: _____