

Solicitud de Ayuda Financiera

Si necesita ayuda para completar este formulario, hable con nuestro Departamento de Ayuda Financiera al 1-800-442-1128.

Instrucciones para completar este formulario:

Completar este formulario en su totalidad y envíe toda la documentación solicitada a un establecimiento de Intermountain donde recibió o planea recibir atención para ser procesada. Los pacientes no podrán recibir ayuda financiera si no completan el proceso de solicitud.

Presente la siguiente documentación:

1. Copias de su declaración actual de impuestos federales con todos los anexos incluyendo los W-2
2. Verificación de ingresos promedio en el hogar (talones de cheques) de los dos últimos periodos de pago

Es posible que los pacientes no reciban ayuda financiera si podrían haber calificado para programas como Medicaid, pero optaron no aplicar.

Paciente **Fecha de**
Nombre _____ **Nacimiento** _____

Nombre de la parte responsable _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Relación con el paciente _____ Teléfono de la casa _____ Teléfono Celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo _____

¿Cuánto hace que vive en esta dirección? _____ Años _____ Meses

Indique direcciones de los últimos 12 meses:

| Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal | Desde (Mes/Año) | Hasta (Mes/Año) |
|-----------|--------|--------|---------------|-----------------|-----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

Nombre del cónyuge _____ Número de Seguro Social del cónyuge _____ Fecha de nacimiento del cónyuge _____

Teléfono de la casa del cónyuge _____ Teléfono celular del cónyuge _____ Teléfono del trabajo del cónyuge _____

Nombre del empleador del cónyuge _____

Miembros adicionales del hogar

| Nombre | Fecha de nacimiento | Relación | Nombre | Fecha de nacimiento | Relación |
|--------|---------------------|----------|--------|---------------------|----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Ingreso mensual promedio en el hogar

| Tipo | Monto |
|---|-------|
| Ingreso de empleo (Bruto) | \$ |
| Ingreso de empleo para el cónyuge (Bruto) | \$ |
| Pensión / Jubilación, Desempleo, Ingreso por discapacidad, etc. | \$ |
| Ayuda para los hijos | \$ |
| Subsidios/Becas | \$ |
| Pensión alimenticia | \$ |
| Otros (Indicar la procedencia): | \$ |

Activos

| Tipo | Institución(es) financiera(s) | Monto total del saldo (Aproximado lo más exacto posible) |
|--|-------------------------------|---|
| Efectivo | | \$ |
| Cuenta(s) de ahorros | | \$ |
| Cuenta(s) de cheques | | \$ |
| Acciones o bonos | | \$ |
| Sólo para pacientes de Medicare (requerido por Medicare): | | |
| 401(k) | | \$ |
| IRA | | \$ |

Indique sus gastos médicos pendientes de pago y, si conoce, la cantidad aún adeudada después de que su compañía de seguros pague. Adjunte una hoja aparte si es necesario.

| Cuenta N° | Nombre del proveedor (Hospital/Médico/Farmacia) | Saldo adeudado |
|-----------|---|----------------|
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |

Pedimos a los pacientes que soliciten ayuda financiera que busquen también otra financiación. Marque "Sí" o "No".

- ¿Su empleador o el empleador de su cónyuge ofrecen seguro de salud grupal? Sí No En caso afirmativo, indique la compañía de seguro _____
- ¿Tiene otros tipos de seguro como Allstate, AFLAC, etc.? Sí No En caso afirmativo, indique la compañía de seguro: _____
- ¿Tiene una cuenta de Health Savings / Flex Savings? Sí No En caso afirmativo indique el monto del saldo: \$ _____
- ¿Su empleador le reembolsa algún deducible? Sí No
- ¿Le negaron Medicaid? Adjunte una copia de la negación de Medicaid. Sí No
- ¿Ha solicitado programas estatales de ayuda (CHIP, PCN, Crime Victims, etc.)? Sí No
- ¿Es elegible para COBRA a través de su anterior empleador? Sí No
- ¿Tiene ayuda familiar o de la iglesia? Sí No

Otras situaciones sobre las cuales debemos estar informados para entender su incapacidad para pagar el saldo médico. Puede adjuntar una hoja aparte si necesita más espacio. Es posible que se requiera documentación adicional.

Por el presente documento establezco que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta. Autorizo cualquier verificación requerida, incluso un informe crediticio. Entiendo que si se determina que esta información es falsa o engañosa, seré responsable de pagar cargos por todos los servicios proporcionados. Entiendo que esta solicitud de ayuda financiera no podrá concernir a otros proveedores de atención de salud.

Firma de la parte responsable _____ **Fecha** _____

Lista de control de toda la información requerida para completar el proceso de solicitud:

- Frente y reverso del formulario completado en su totalidad
- Las copias de su declaración fiscal federal actual con todos los anexos incluso los W-2
- Firmado y fechado
- Verificación del ingresos promedio en el hogar (talones de cheques) de los últimos dos periodos de pago