



Estimado(a) Señor(a),

Podemos proporcionar ayuda financiera a algunos de nuestros pacientes, en ciertos casos.

Adjunta encontrará una planilla financiera. Por favor tómese el tiempo necesario para completar todas las preguntas en la planilla, para ser aprobado(a) para un descuento caritativo adicional, en sus cuentas actuales.

Dependiendo de su situación, y en todo caso que corresponda, por favor incluya una copia de los siguientes documentos para que se pueda determinar si usted reúne los requisitos necesarios. Envíelos a la dirección indicada al pie de página;

- \_\_\_\_\_ Declaración de impuestos del año 2017
- \_\_\_\_\_ Carta emitida por el Seguro Social
- \_\_\_\_\_ Carta Notificación de Beneficios del Seguro de Desempleo
- \_\_\_\_\_ Talón del Cheque de Pago de Sueldos, de los últimos tres meses
- \_\_\_\_\_ Estado de Cuenta de su Banco, de los últimos tres meses
- \_\_\_\_\_ Carta declarando que usted y/o su cónyuge están desempleados o que son trabajadores autónomos
- \_\_\_\_\_ Comprobantes de todo ingreso que haya recibido en los últimos tres meses
- \_\_\_\_\_ Comprobantes de todas sus cuentas de jubilación, incluyendo IRA, 40aK, pensiones, anualidades, etc.

**Aquellas solicitudes que sean remitidas sin al menos uno de los documentos anteriormente enumerados, no serán procesadas.** Por favor, no dude en comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta sobre su(s) cuenta(s), llamando al número que se indica a continuación.

Atentamente,

UCHealth  
Financial Counseling Services  
(Servicio de Asesoramiento Financiero)  
1024 Central Park Drive  
Steamboat Springs, CO 80487  
970-879-1322

**University of Colorado Health  
Planilla Financiera**

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Nombre del Garante** \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (SSN) del Paciente \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Garante \_\_\_\_\_

**Domicilio** \_\_\_\_\_

**Calle** \_\_\_\_\_ **Apartamento#** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Teléfono de la Casa** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo** \_\_\_\_\_

**Empleador del paciente** \_\_\_\_\_

**Empleador del garante (cónyuge)** \_\_\_\_\_

| <b>OFFICE USE ONLY - DO NOT COMPLETE (NO COMPLETAR)</b>  | <b>Checklist</b>  |
|--|---|
| <p><b><u>Patients last three months of income (GROSS)*</u></b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b><u>Guarantors (Spouses) last three months of income (GROSS)*</u></b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Total earned income *</b> _____</p> | <p>Please include copies of all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Last 3 Months Pay stubs</p> <p><input type="checkbox"/> 2017 Tax return</p> <p><input type="checkbox"/> Unemployment Letter</p> <p><input type="checkbox"/> Social Security Letter</p> <p><input type="checkbox"/> Insurance card copy if eligible<br/>Medicaid _____</p> <p><input type="checkbox"/> CACP _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>MRN# _____</p> |

**Enumere los nombres de los miembros de su familia que viven en su casa**

|    | Nombre | Fecha de Nacimiento | Número de Seguro Social |
|----|--------|---------------------|-------------------------|
| 1- | _____  | _____               | _____                   |
| 2- | _____  | _____               | _____                   |
| 3- | _____  | _____               | _____                   |
| 4- | _____  | _____               | _____                   |
| 5- | _____  | _____               | _____                   |
| 6- | _____  | _____               | _____                   |

**\*Incluye todas las fuentes de ingresos: empleo, desempleo, seguro social, pensión de manutención para ex-cónyuge, plan pensión por vejez, comisiones, propinas, pensión de manutención para hijos, fondos de inversiones/fideicomisos, ingresos por alquiler, intereses y otros ingresos.**

### Recursos

| Recursos  | Información | Valor |
|---|-------------|-------|
| Cuenta de Ahorros/Corriente   | Banco:      | \$    |
| Acciones, Bonos, Certificados de Depósito, Cajas de Ahorros   |             | \$    |
| Otros bienes (cuentas IRA, 401K, Fondos de Inversiones/Fideicomisos, pensiones, anualidades, pólizas de seguro de vida revocables) <b>No enumere su casa ni sus vehículos</b> |             | \$    |
|   |             | \$    |
|   |             | \$    |

### Gastos Mensuales

| Gastos                                  | Pagos Mensuales |
|---|-----------------|
| Alquiler/Hipoteca                       | \$              |
| Electricidad y gas                      | \$              |
| Agua, Cloacas y Recolección de Residuos | \$              |
| Teléfono                                | \$              |
| Seguro del automóvil y de la casa       | \$              |
| Pensión de manutención (hijos/cónyuge)  | \$              |
| Alimentos/Artículos de aseo             | \$              |
| Saldo pendiente a pagar, gastos médicos | \$              |
| Farmacia                                | \$              |
| Gastos por seguro médico                | \$              |
| Otros gastos (enumere)                  |                 |

**Comentarios:**

---



---



---



---

X \_\_\_\_\_  
Firma

X \_\_\_\_\_  
Fecha

El suscrito garantiza que la información en esta planilla es completa y correcta.  
Por medio de la presente, el suscrito autoriza al UCHealth a que verifique cada uno de los puntos contenidos en la presente planilla.  
Comprendo que el profesional de salud tiene derecho a obtener todo cobro o derecho a cobro por un paciente quien tenga derecho a cobro. Esto significa que si se encontrara que yo tenga derecho a reclamos por beneficios de salud pagaderos por cualquier tratamiento que se haya dado mientras yo reúna los requisitos para recibir ayuda dentro de este programa, el profesional de salud tendrá derecho a ser incluido en el proceso reclamo.