



Programa de Asistencia Financiera

El Centro Médico de Telluride provee servicios de salud de alta calidad a todos los residentes de Telluride, sin considerar su capacidad para pagar.

Instrucciones:

1. Determina si Ud. vive o trabaja en el Distrito del Hospital de Telluride.
Si no, considere nuestras otras opciones: "Care Credit" o un Plan de Pagos.
2. Complete, firme y entregue la solicitud al reverso de esta hoja.
3. Entregue la documentación requerida dentro de 3 días de su visita.

Documentación requerida:

I. Pruebas de residencia o empleo en el Distrito (elija UNO):

- DOS Talones de cheque de un empleador (patrón) local O
- Contrato de alquiler (renta) O
- Carta firmada por un dueño de casa, con un número de contacto O
- Factura de una empresa de servicio público U
- Otro documento oficial con la dirección de la casa notada

II. Prueba de Ingresos:

Para un solicitante que trabaja-

- Declaración de impuestos federales más recientes O
- Formulario W-2 más reciente O
- 2 talones de cheque recientes (o una combinación de talones de cheque que reflejan los ingresos promedios anuales) O
- Carta firmada por un empleador (patrón) verificando los ingresos MÁS
- Declaración de ingresos adicionales de propinas u otras fuentes

Para un solicitante que no trabaja-

- Documentación de fuentes de asistencia/mantenimiento
(Cartas de la familia, prestamistas, otros programas de asistencia, etc.)
- Extractos de cuentas bancarias de los últimos 3 meses, estado de cuentas de tarjetas de crédito, fideicomiso, extractos de cuentas de inversiones y ahorros

Otro lado →

Solicitud para la Asistencia Financiera

Para el uso de la oficina:	
<input type="checkbox"/> ACCEPTED	<input type="checkbox"/> DENIED
_____ % DISCOUNT	
Start Date: ____/____/____	

Información del solicitante:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
 Tel: _____ Celular: _____
 Dirección de correo (PO Box): _____
 Dirección de domicilio: _____
 Empleador: _____ Tel: _____
 Empleador II: _____ Tel: _____

Ingresos brutos:(antes de las deducciones)

Por semana: \$ _____ o Por quincena: \$ _____
 Promedio anual: \$ _____

Si hay temporadas altas y bajas, ponga los ingresos por quincena en las...

Temporadas altas: \$ _____ Cuántos meses al año? _____
 Temporadas bajas: \$ _____ Cuántos meses al año? _____

Otros ingresos/mantenimiento económico: _____

*Incluya propinas en efectivo, manutención de menores, asistencia gubernatal, etc.

Otras personas en la familia que trabajan:

1. Nombre: _____ Relación al solicitante: _____
 Empleador: _____ Tel: _____
 Ingresos por quincena: _____ Por año: _____

Dependientes: Número de personas que Ud mantiene económicamente: _____

País(es) donde viven: _____ Cantidad de dinero que Ud manda por mes: _____

Nom: _____ Fecha de nac: ____/____/____ Relación: _____
 Nom: _____ Fecha de nac: ____/____/____ Relación: _____
 Nom: _____ Fecha de nac: ____/____/____ Relación: _____
 Nom: _____ Fecha de nac: ____/____/____ Relación: _____
 Nom: _____ Fecha de nac: ____/____/____ Relación: _____

Alista los nombres de los que tienen aseguranza médica: _____

Declaracion Jurada:

"Yo _____ juro bajo pena de sanción por perjurio que la información consignada arriba es correcta y completa.

Firma: _____ Fecha: _____

Person accepting application: _____ Docs Provided: 1. _____ 2. _____
 Notes: _____

- Scan Appl. Pt Notes FH Record # Update Spreadsheet Card Letter
- Billing Adjustments Removed from collections Removed from AR Services Complete