

Solicitud de asistencia financiera para los centros de Utah, Idaho y Nevada

Devolver información a:
CORREO: Financial Assistance
PO Box 27327
Salt Lake City, Utah 84127
FAX: 385-831-2890
CORREO ELECTRÓNICO:
financial.assistance@r1rcm.com

Instrucciones para completar este formulario:

Complete este formulario en su totalidad y devuelva toda la documentación requerida al centro de Intermountain donde recibió atención o a alguno de los métodos de contacto mencionados anteriormente para que se procese su solicitud. También puede presentar su solicitud en línea a través de MyChart. No se les proporcionará asistencia financiera a quienes no completen el proceso de aplicación.

Entregue la siguiente documentación:

1. Solicitud de asistencia financiera: completa en su totalidad, firmada y fechada.
2. Verificación de ingresos actuales del hogar que se indica a continuación.

Número de cuenta _____ Tamaño del hogar actual _____ ¿Alguna vez experimentó la falta de vivienda? Sí No _____ ¿En qué estado vive? _____

Nombre y apellido _____ Número del seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

Estado civil _____ Correo electrónico _____ N.º de teléfono _____ Domicilio _____
Ciudad/condado _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo _____

¿Hace cuánto que trabaja para dicho empleador? _____ Años _____ Meses

Frecuencia de pago (indicar) Una vez a la semana _____ Cada dos semanas _____ Dos veces al mes _____ Mensualmente _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en este domicilio? _____ Años _____ Meses Si **son menos de tres meses**, indique el domicilio anterior:

Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Desde (mes, año)	Hasta (mes, año)

Nombre del cónyuge _____ Número del seguro social del cónyuge _____ Fecha de nacimiento del cónyuge _____

Teléfono fijo del cónyuge _____ Teléfono móvil del cónyuge _____

Nombre del empleador del cónyuge _____ Teléfono del trabajo _____

¿Hace cuánto que trabaja para dicho empleador? _____ Años _____ Meses

Frecuencia de pago (indicar) Una vez a la semana _____ Cada dos semanas _____ Dos veces al mes _____ Mensualmente _____

Miembros o dependientes adicionales del hogar. Incluya si hay un niño no nacido si corresponde. Agregue cualquier dependiente adicional en otro formulario. (Los miembros del hogar deben coincidir con la pregunta sobre el tamaño actual del hogar antes mencionada)

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento	Número del seguro social	Relación

Ingresos brutos mensuales actuales del hogar

Tipo	Ingreso del paciente	Ingreso del cónyuge	Otros adultos Familiares	Tipo de verificación de ingresos requerida
Ingresos laborales (brutos)	\$	\$	\$	Copia del último cheque o del más reciente o una carta de su empleador que indique los ingresos brutos del último mes o del mes en curso.
Ingresos de trabajo por cuenta propia (brutos)	\$	\$	\$	Estado de pérdidas y ganancias o libros contables del mes anterior o del mes en curso. Declaración de impuestos actual si corresponde.
Pensión, jubilación, ingresos del Seguro Social	\$	\$	\$	Copia de la carta de concesión más reciente, los pagos de pensiones, los pagos de las cuentas de jubilación, etc. Mostrar los ingresos mensuales.
Subsidio por desempleo, ingresos por discapacidad, etc.	\$	\$	\$	Copia de la carta de concesión más reciente
Otro (indique la fuente): _____	\$	\$	\$	Ejemplo: propinas, bonificaciones y comisiones

Preguntas adicionales: responder estas preguntas garantiza que el procesamiento de su solicitud no se demore por falta de información adicional.

	Sí	No
¿Usted o algún miembro de su hogar recibe beneficios públicos? (p. ej., cupones de alimentos, el Programa para mujeres, bebés y niños [WIC, por sus siglas en inglés] o comidas [almuerzos] gratis o con precio reducido)	☐	☐
Actualmente, ¿recibe o planea recibir atención en un centro de cáncer de Intermountain Health?	☐	☐
Actualmente, ¿usted o algún miembro de su hogar tiene seguro de salud?	☐ En caso afirmativo, indique el nombre de su compañía de seguros _____	☐
¿Usted o algún miembro actual de su hogar presentó una solicitud para Medicaid, Medicare, CHIP o CHP+? En caso afirmativo, proporcione la carta de denegación	☐ En caso afirmativo, indique la fecha en la que presentó la solicitud _____ _____	☐
¿Alguna de las facturas médicas emitidas por nuestros centros está relacionada con un accidente de tránsito o relacionado al trabajo?	☐ En caso afirmativo, indique la compañía de seguros _____	☐
¿Está inscrito en un plan médico de Healthshare o en un plan de costo compartido?	☐ En caso afirmativo, proporcione el documento de explicación de la participación (EOS, por sus siglas en inglés) _____	☐
¿Hay alguna embarazada en su hogar?	☐ ¿Quién es la embarazada del hogar? _____ ☐ ¿Cuál es la fecha de parto? _____	☐

Les pedimos a los pacientes que solicitan asistencia financiera que busquen también otra financiación. Marque “Sí” o “No”.

- ¿Su empleador le reembolsa algún deducible o costos de atención médica?__ Sí __ No
- ¿Solicitó algún programa de asistencia estatal como Víctimas de delitos?__ Sí __ No

Si es necesario, use el espacio a continuación para agregar la explicación o el motivo por el que solicita asistencia financiera. Puede adjuntar una hoja por separado si necesita más espacio. Es posible que se requiera una verificación adicional.

Por la presente declaro que la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si proporciono información falsa o engañosa para obtener la asistencia financiera de Intermountain Health, mi solicitud será rechazada y es posible que afecte negativamente a mis futuras solicitudes de asistencia.

Comprendo que Intermountain Health requiere la verificación de ingresos antes de tomar cualquier decisión.

Firma del solicitante_____ Fecha_____

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

- ☐ Solicitud de asistencia financiera completa en su totalidad, firmada y fechada.
- ☐ Verificación de ingresos del hogar.