



Estimado solicitante:

Los siguientes formularios se utilizarán con su aplicación para el Programa de Asistencia Financiera (FAP) de Southwest Health System. Se requiere documentación de respaldo para verificar el estado financiero y el tamaño del hogar. Se adjunta una lista detallada de los documentos que requerimos para poder procesar su aplicación. Si un punto no se aplica a usted, escriba "n/c".

Las aplicaciones que estén incompletas no serán procesadas. Las aplicaciones tienen un plazo de tiempo. Las aplicaciones incompletas pueden hacer que su cuenta no sea elegible para recibir asistencia financiera.

La base de la asistencia financiera es la provisión y presentación verdadera y precisa de la información financiera del solicitante y/o parte(s) responsable(s). El solicitante y/o la(s) parte(s) responsable(s) que intencionalmente falsifiquen la información de su hogar serán automáticamente descalificados de cualquier consideración con respecto a los programas de asistencia financiera. La determinación con respecto a la falsificación intencional es el derecho exclusivo de Southwest Health System, Inc.

- 1. Llene toda la aplicación a continuación**
- 2. Reúna toda la documentación de respaldo aplicable**
- 3. Llame para una cita**

Puede comunicarse con nuestras Oficinas de Asistencia Financiera para hacer una cita:

- **Llame al: 970-564-2131 o**
- **Correo electrónico: financialassistance@swhealth.org**

Gracias

Southwest Health System, Inc.
Patient Financial Services
1311 N Mildred Rd
Cortez, CO 81321



Solicitante

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
Dirección física	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono principal	Seguro de salud primario	Otros seguros de salud	

Complete lo siguiente para cada miembro del hogar

Relación con el solicitante	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Seguro Social (solo para CICP)	¿Esta persona es un estudiante de tiempo completo? (S o N)	¿Esta persona está solicitando asistencia financiera? (S o N)	Proporcione el número de Medicaid si esta persona actualmente tiene Medicaid
YO MISMO								



Se requiere la siguiente documentación al solicitar FAP. Por favor traiga los originales de los documentos enumerados a continuación a su cita. Si algo no se aplica, escriba "n/c".

INGRESOS

- ☐ Talones de sueldo de (1) mes más reciente, consecutivos O una declaración del empleador
 - ☐ Si proporciona una declaración del empleador, la declaración debe incluir el nombre del empleador, la dirección, el número de teléfono, la fecha de contratación, la tasa de pago y el promedio de horas trabajadas por semana.
- ☐ Si trabaja por cuenta propia: Estado de ganancias y gastos del último mes completo y depósitos brutos de un (1) mes en relación con el estado de ganancias y gastos o la declaración de impuestos federales más actual
- ☐ Declaraciones de compensación de desempleo o compensación laboral
- ☐ Declaraciones de beneficios de pensión de vejez (OAP)
- ☐ Declaraciones de compensación por discapacidad (es decir, SSI, SSDI, otros)
- ☐ Ingresos del Seguro Social (carta de otorgamiento)
- ☐ Beneficios de jubilación y pensión (declaraciones de beneficios anuales)
- ☐ Pensión alimenticia dictada por el tribunal recibida
- ☐ Cuentas fiduciarias
- ☐ Propiedad de alquiler
- ☐ Beneficios de Asuntos de Veteranos (VA)
- ☐ Si no tiene ingresos y alguien lo está manteniendo, debe escribir una carta que incluya su nombre en letra de imprenta, dirección, número de teléfono y firma que indique el tipo de apoyo que se está brindando.

GASTOS

- ☐ Manutención infantil pagada para el mes completo más actual
- ☐ Pensión alimenticia pagada para el mes completo más actual
- ☐ Guardería y cuidado de ancianos pagados para el mes completo más actual
- ☐ Primas de seguro médico (estado de cuenta mensual)
- ☐ Es opcional que traiga facturas que pagó por servicios médicos, dentales, de visión y farmacia. La fecha de servicio en sus facturas no puede tener más de 365 días. Las facturas deben incluir el nombre del proveedor, la dirección, el número de teléfono, la fecha del servicio y cualquier pago aplicado.

OTRA INFORMACIÓN REQUERIDA

- ☐ Medicare, Medicaid, CHP+ y otras tarjetas de seguro médico
- ☐ Licencia de conducir u otra identificación para cada miembro del hogar mayor de 18 años que solicite asistencia financiera

****Es posible que la lista anterior no incluya la documentación requerida para completar su solicitud.**