

Si necesita ayuda para completar este formulario, solicite hablar con nuestro Departamento de Asistencia Financiera al 866-415-6556. Visite nuestro sitio web para obtener información adicional, incluidas las Preguntas frecuentes, el Resumen en lenguaje sencillo y nuestra Política de asistencia financiera. Los pacientes también pueden presentar su solicitud en línea en www.intermountainhealthcare.org/assistance.

Instrucciones para completar este formulario:

Complete este formulario en su totalidad y devuelva toda la documentación requerida al establecimiento de Intermountain donde tuvo o planea recibir atención para ser procesada. No se otorgará asistencia financiera a quienes no completen el proceso de solicitud; esto también es requisito para el paciente que solicite programas para los que pueda calificar (es decir, Medicaid).

Entregue la siguiente documentación:

1. Copias de su declaración de impuestos federales actual con todos los anexos, incluidos los formularios W-2
2. Verificación de ingresos del hogar que se indica a continuación

Nombre del paciente	Número de cuenta	Fecha de nacimiento
---------------------	------------------	---------------------

Nombre de la parte responsable _____	Número de Seguridad Social _____	Fecha de nacimiento _____
--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------

Relación con el paciente _____ Teléfono fijo _____ Teléfono móvil _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo _____

¿Cuanto tiempo ha vivido en esta dirección? ____ Años ____ Meses

Indique las direcciones de los últimos 12 meses:

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Desde (mes / año)	Hasta (mes / año)

Nombre del cónyuge _____	Número de Seguridad Social del cónyuge _____	Fecha de nacimiento del cónyuge _____
--------------------------	--	---------------------------------------

Teléfono fijo del cónyuge _____ Teléfono móvil del cónyuge _____ Nombre del empleador del cónyuge _____

Miembros adicionales del hogar

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación

Ingresos mensuales del hogar

Si no puede proporcionar copias de la información verificada; proporcione extractos bancarios de 3 meses con una explicación al dorso de este formulario.

Tipo	Monto de la parte responsable	Monto del cónyuge	Tipo de verificación de ingresos requerida
Ingresos laborales (brutos)	\$	\$	<input type="checkbox"/> Proporcione talones de pago de los últimos dos periodos de pago o extractos bancarios de 3 meses
Ingresos de trabajo por cuenta propia (brutos)	\$	\$	<input type="checkbox"/> Proporcione extractos bancarios de 3 meses
Pensión, jubilación, Ingresos de la Seguridad Social	\$	\$	<input type="checkbox"/> Proporcione su declaración de pensión / jubilación y / o carta de adjudicación del Seguro Social
Desempleo, ingresos por discapacidad, etc. <small>Marque si tiene discapacidad/está desempleado por más de 6 meses</small>	\$	\$	<input type="checkbox"/> Proporcione una carta de concesión de desempleo, discapacidad o extractos bancarios de 3 meses
Manutención de menores, pensión alimenticia	\$	\$	<input type="checkbox"/> Proporcione una copia de su sentencia de divorcio, aviso de separación legal o acuerdo de custodia si desea que se considere esta información.
Otro (indique la fuente): _____	\$	\$	<input type="checkbox"/> Proporcione extractos bancarios de 3 meses con una explicación de su(s) fuente(s) de ingresos

Continúe al reverso de este formulario para completar la solicitud.

Indique sus gastos médicos pendientes si desea que se tenga en cuenta esta información y, si tiene conocimiento, indique la cantidad que aún se le adeuda después de que pague la compañía de seguros. Adjuntar una hoja por separado si es necesario.

Cuenta #	Nombre del proveedor (hospital / médico / farmacia)	Saldo adeudado
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

es pedimos a los pacientes que solicitan asistencia financiera que busquen también otra financiación. Marque "Sí" o "No".

Su empleador o el empleador de su cónyuge ofrece seguro médico grupal? Sí No En caso afirmativo, indique la compañía de seguros: _____

Tiene otros tipos de seguros como Allstate, AFLAC, etc.? Sí No En caso afirmativo, indique la compañía de seguros: _____

Tiene una cuenta de ahorros para la salud (HSA)/cuenta de gastos flexibles (FSA)?
 Sí No En caso afirmativo, indique el monto del saldo: \$ _____

Su empleador le reembolsa algún deducible o costos de atención médica? Sí No

Le negaron Medicaid? Adjunte una copia de la denegación de Medicaid. Sí No

Solicitó programas de asistencia estatal (CHIP, PCN, Crime Victims, etc.)? Sí No

Es elegible para COBRA a través de un empleador anterior? Sí No

Tiene asistencia familiar o de la iglesia? Sí No En caso afirmativo, proporcione los detalles a continuación.

Explique cualquier situación de la que debamos estar informados para comprender su incapacidad para pagar el seguro médico. 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. Autorizo que se realice cualquier verificación requerida, incluido un informe de la agencia de crédito. Entiendo que si se determina que esta información es falsa o engañosa, seré responsable del pago de los cargos por todos los servicios prestados. Entiendo que esta solicitud de asistencia financiera no concierne a otros proveedores de atención médica.

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

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

- Anverso y reverso del formulario llenados completamente con firma y fecha
- Copias de su declaración de impuestos federales actual con todos los anexos, incluidos los formularios W-2.
- Verificación de ingresos del hogar