

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 del hospital 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
Responsable Nombre del grupo _____	Número del seguro social _____	Fecha de nacimiento _____

Relación con el paciente _____ Teléfono fijo _____ Teléfono celular _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Nombre del empleador _____ Teléfono del trabajo _____
 ¿Cuánto tiempo ha vivido en este domicilio? _____ Años _____ Meses

Indique los domicilios de los últimos 12 meses:

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 celular 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 períodos 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 del seguro social	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Proporcione su declaración de pensión/jubilación o carta de adjudicación del seguro social
Desempleo, ingresos por discapacidad, etc. <small>Marque si tiene discapacidad/está desempleado durante más de 6 meses</small>	\$ _____ <input type="checkbox"/>	\$ _____ <input type="checkbox"/>	<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 sus fuentes de ingresos

Continúe al reverso de este formulario para completar la solicitud.



