



# Solicitud de asistencia financiera

Devolver información a:

**CORREO:** Asistencia financiera  
PO Box 27327  
Salt Lake City, Utah 84127

**FAX:** 385-831-2890

**CORREO ELECTRÓNICO:**

financial.assistance@r1rcm.com

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](http://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

<b>Nombre del paciente</b>	<b>Número de cuenta</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
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

### 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.**



Fin Info 50146

