



## Boulder Community Health

### SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Le agradecemos por su interés en el programa de Asistencia de Indigentes de Colorado (*CICP, por sus siglas en inglés*)/Boulder Community Health WeCare Program. Para poder tramitar su solicitud, necesitaremos copias de la siguiente información. Por favor entregue la información lo más pronto posible.

1. Copia de su cédula de identificación para propósitos de identificación. Si es casado(a) incluya la identificación de su cónyuge.
2. Si tiene empleo, proporcione una copia del talón de cheque del último mes o una carta de su empleador indicando el salario bruto del mes pasado. 2 talones bimensuales o 4 talones semanales. Si está casado(a), usted debe incluir el ingreso de su conyuge. Si necesita proporcionar más de un mes para obtener un buen promedio, puede hacerlo.
3. Si usted trabaja por su propia cuenta, puede usar el saldo bancario, un documento de ganancias y pérdidas, libros, registros, fracturas, recibos, etc., para mostrar su ingreso. Puede usar una hoja adicional para notar sus gastos empresariales. Por favor llámenos al 303-415-4758 para obtener más información. La información debe ser reciente. Por favor inicie con el mes pasado y entregue varios meses de información si es necesario para obtener para un buen promedio.
4. Entregue un comprobante del ingreso de Seguro Social y si aplica, comprobante del programa SSI o SSDI (*por sus siglas en inglés*).
5. Incluya un comprobante de cualquier otro ingreso, esto puede incluir, pero no se limita a: Pagos de plan de pensión, desempleo, manutención, pensión alimenticia, ingreso de alquiler, apoyo de amigos/familia, etc.
6. Si usted no cuenta con ingreso de alguna fuente, por favor adjunte una carta de explicación sobre su situación actual.
7. Por favor complete y firme la segunda página de esta solicitud.

Usted debe proveer toda la información solicitada que sea aplicable. Puede incluir una carta de explicación sobre su dificultad económica. Si esta información no es incluida con la solicitud, el trámite estará incompleto y será devuelto. Por favor envíe la solicitud completa a:

BCH Patient Service Center  
Attn: Financial Assistance  
5450 Western Ave  
Boulder, CO 80301

Por favor llame al 303-415-4758 si tiene preguntas. También puede mandar la información a [patientservicecenter@bch.org](mailto:patientservicecenter@bch.org)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Información de la persona responsable:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

#SS: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Num. Telefónico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tiempo en el empleo: \_\_\_\_\_

Información de su cónyuge:

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tiempo en el empleo: \_\_\_\_\_

Dependientes notados en la forma de los Impuestos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_

¿Es dueño de alguna propiedad o terreno que no sea la residencia donde vive? Si / No  
Si contesto sí, por favor explique.

Por la presente certifico que al mejor de mi conocimiento, la información en esta declaración y la información que he proporcionado es verdadera y completa.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_