



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 licencia de conducir o cédula de identificación del estado. 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 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 y tercera página de esta solicitud.

Usted debe proveer toda la información solicitada 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 tenga en cuenta que una vez se envíe la documentación mencionada anteriormente, primero lo evaluaremos para el programa de Asistencia de Indigentes de Colorado (*CICP, por sus siglas en inglés*). Si usted no es elegible o no califica para el programa de Asistencia de Indigentes de Colorado, nos comunicaremos con usted y le solicitaremos documentación adicional (documentación de activos líquidos del mes pasado) para evaluarle para el programa "WeCare". Estudiantes que sean incluidos en la declaración de impuestos de los padres como dependientes serán evaluados bajo el ingreso de los padres siendo el paciente parte del número de miembros de la familia. Se le solicitará evidencia de su declaración de impuestos si el/la estudiante NO es parte de la declaración de impuestos de los padres.

Por favor envíe la solicitud completa y toda la documentación por correo postal o electrónico al:

Patient Service Center
ATTN: Financial Assistance
PO Box 9049
Boulder, CO 80301

Correo-Electrónico: patientservicecenter@bch.org Por favor llame al 303-415-4758 si tiene preguntas.

Nombre del Paciente: _____

Información de la persona responsable:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

#SS: _____

Dirección: _____ Núm.. Teléfono: _____

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: _____

Updated: 07/20/22