

Gracias por su interés en ser evaluado para Asistencia Financiera en Boulder Community Health. Si decide solicitar una determinación oficial de asistencia financiera, dependiendo de la fecha del servicio, le evaluaremos para Qualified Charity Care Program (QCCP) y Colorado's Hospital Discounted Care (HDC). Esta evaluación también revisa la posible elegibilidad para Health First Colorado Medicaid, Emergency Medicaid, CHP+, Medicare y Connect for Health Colorado.

Si al final determinamos que usted no es elegible para QCCP y/o HDC pero parece elegible para nuestro programa interno de asistencia financiera, WeCare, solicitaremos documentación adicional (documentación de activos líquidos del último mes).

Para más información sobre asistencia financiera, consulte nuestra Política de Asistencia Financiera en <https://www.bch.org/patient-visitors/patient-services/financial-assistance>.

Con el fin de evaluar su solicitud de asistencia, le rogamos que rellene y envíe la siguiente información lo antes posible.

Apellido del paciente:	
Primer Nombre del paciente:	
Inicial del segundo nombre del paciente (opcional):	
Dirección postal del paciente:	
Ciudad de residencia del paciente:	
Código postal del paciente:	
Condado del paciente:	
Número de teléfono principal del paciente:	
Dirección de correo electrónico principal del paciente:	
Método de contacto preferido del paciente (correo postal o correo electrónico):	
¿El paciente se encuentra sin hogar? SÍ/NO	
Fecha de nacimiento del paciente:	
¿El paciente es residente o vive actualmente en Colorado? SÍ/NO	
¿Está la paciente actualmente embarazada? SÍ/NO (Las personas que están embarazadas a veces califican para algunos programas adicionales)	
¿Hay alguien en el hogar del paciente menor de 19 años? SÍ/NO	

¿Tiene el paciente alguna discapacidad? SÍ/NO	
¿Recibe el paciente ingresos federales por discapacidad? (Las personas que reciben ingresos federales por discapacidad pueden calificar automáticamente para Medicare) SÍ/NO	
¿Tiene el paciente seguro médico? SÍ/NO	
¿El paciente alguna vez ha estado cubierto por Medicaid o CHP+? SÍ/NO	
Si es así, ¿sabe el paciente su número de identificación?	
¿Tiene el paciente una calificación vigente del Programa de Atención Benéfica Cualificada (QCCP)?	
¿Cuántas personas viven en el hogar del paciente, incluido el paciente? (el paciente debe incluir a su cónyuge/pareja de unión civil, si corresponde)	
¿Tiene el paciente algún ingreso? Si es así, ¿aproximadamente cuánto dinero reciben cada mes antes de impuestos?	
¿Hay alguien en el hogar actualmente embarazada? SÍ/NO	
Si es así, ¿cuántos bebés se esperan? (Algunos programas toman en cuenta el embarazo al contar cuántas personas hay en el hogar)	

*****Por favor responda las siguientes preguntas dependiendo del número de miembros del hogar y agregue miembros si hay más de 7*****

Miembro del hogar 2	
Nombre:	
¿Cuál es su relación con el paciente?	
¿Tiene este miembro del hogar algún ingreso? Si es así, ¿aproximadamente cuánto dinero reciben cada mes antes de impuestos?	
¿Este miembro del hogar está incluido en los impuestos del paciente? SÍ/NO	

Miembro del hogar 3	
Nombre:	
¿Cuál es su relación con el paciente?	
¿Tiene este miembro del hogar algún ingreso? Si es así, ¿aproximadamente cuánto dinero reciben cada mes antes de impuestos?	
¿Este miembro del hogar está incluido en los impuestos del paciente? SÍ/NO	
Miembro del hogar 4	
Nombre:	
¿Cuál es su relación con el paciente?	
¿Tiene este miembro del hogar algún ingreso? Si es así, ¿aproximadamente cuánto dinero reciben cada mes antes de impuestos?	
¿Este miembro del hogar está incluido en los impuestos del paciente? SÍ/NO	
Miembro del hogar 5	
Nombre:	
¿Cuál es su relación con el paciente?	
¿Tiene este miembro del hogar algún ingreso? Si es así, ¿aproximadamente cuánto dinero reciben cada mes antes de impuestos?	
¿Este miembro del hogar está incluido en los impuestos del paciente? SÍ/NO	
Miembro del hogar 6	
Nombre:	
¿Cuál es su relación con el paciente?	
¿Tiene este miembro del hogar algún ingreso? Si es así, ¿aproximadamente cuánto dinero reciben cada mes antes de impuestos?	
¿Este miembro del hogar está incluido en los impuestos del paciente? SÍ/NO	
Miembro del hogar 7	
Nombre:	
¿Cuál es su relación con el paciente?	
¿Tiene este miembro del hogar algún ingreso? Si es así, ¿aproximadamente cuánto dinero reciben cada mes antes de impuestos?	

¿Este miembro del hogar está incluido en los impuestos del paciente? SÍ/NO	
--	--

Por favor, devuelva la información anterior por:

Correo electrónico a financialassistance@bch.org

O puede enviarlo por correo a
Patient Service Center
ATTN: Financial Assistance
Boulder Community Health
PO Box 9049
Boulder, CO 80301

Un representante de asistencia financiera se pondrá en contacto con usted dentro de 45 días después de recibir la información anterior. Por favor contáctenos con cualquier pregunta a través de los mensajes de 'Customer Service' de MyBCH o por uno de los siguientes:

Correo electrónico: financialassistance@bch.org

Teléfono: 303-415-4718

Para más información, consulte nuestra política de asistencia financiera en <https://www.bch.org/patient-visitors/patient-services/financial-assistance>.

***Nota:** Si actualmente tiene un plan de pago activo, dicho plan quedará rescindido debido a los requisitos estatales. Esto permite que se complete el proceso de asistencia financiera. Una vez completado, trabajaremos con usted para establecer un plan de pago actualizado, si es necesario.

Gracias,
BCH Asistencia Financiera

Boulder Community Health (BCH) ofrece servicios de asistencia lingüística incluyendo, traducciones electrónicas y escritas e interpretación oral de forma gratuita y oportuna. BCH proporciona adaptaciones razonables para personas con discapacidades así como ayudas y servicios auxiliares apropiados incluyendo intérpretes calificados e información en formatos alternativos como, braille o letra grande de forma gratuita y oportuna para garantizar la accesibilidad y la igualdad de oportunidades de participación para las personas con discapacidades. Para más información, visite esta página www.bch.org/patient-visitors/patient-services/compliance/notice-of-non-discrimination/#espanol.