



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Le agradecemos por su interés en ser evaluado para recibir asistencia financiera en Boulder Community Health. Para poder tramitar su solicitud, necesitaremos copias de la siguiente información. Por favor entregue la información lo más pronto posible.

1. Comprobante de domicilio (tarjeta de identificación, licencia de conducir, contrato de su contrato de arrendamiento, extracto bancario o factura de servicios públicos)

2. Ingresos laborales de todos los miembros del hogar mayores de 18 que trabajan y que no son estudiantes: 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 son aceptables. 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. Ingresos de trabajo por cuenta propia de todos los miembros del hogar mayores de 18 y que no son estudiante: puede usar estados de cuenta bancarios, una hoja de pérdidas y ganancias, libros mayores, registros, facturas, recibos, etc. para mostrar sus ingresos. Puede usar una hoja separada para gastos de negocio. La información debe ser actual. Comience con el mes pasado y entregue tantos meses como sea necesario para mostrar un buen promedio, con al menos 3 meses privilegiado. Llame al 303-415-4758 para obtener más información, si es necesario.

4. Ingresos no ganados para los miembros del hogar: ingresos del Seguro Social, SSI o SSDI, ingresos por discapacidad a corto plazo, desembolsos de cuentas de jubilación, pagos de pensiones, pagos de fondos fiduciarios, desembolsos de ganancias de lotería e ingresos por desempleo. (no se requieren pagos de SSI y SSDI para menores o adultos con discapacidades que todavía están bajo el cuidado de sus padres o guardián)

5. Se puede incluir una carta de dificultades para explicar su situación

6. Por favor, complete y firme la parte inferior de esta solicitud.

Usted **DEBE** entregar toda la información solicitada aplicable. Si esta información no se devuelve con la solicitud, se considerará incompleta y no podremos procesar su solicitud.

Por favor, tenga en cuenta:

Después que recibimos toda la documentación mencionada anteriormente, le enviaremos por correo una carta de determinación que explique si se le aprobó o denegó la asistencia financiera a través del Qualified Charity Care Program (QCCP) y/o Atención con descuento en el hospital (HDC). Si es determinado que usted no es elegible para QCCP y/o HDC pero parece ser elegible para nuestro programa interno de asistencia financiera WeCare, solicitaremos documentación adicional

(documentación de activos líquidos del último mes) para evaluar para WeCare. Para ser elegible para WeCare, su ingreso familiar bruto y sus bienes deben estar dentro del 251 % al 350 % del nivel federal de pobreza. Para obtener más información sobre la elegibilidad de WeCare, consulte nuestra Política de asistencia financiera en <https://www.bch.org/patient-visitors/patient-services/financial-assistance>

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

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

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

Nombre del Paciente: _____

Información de la persona responsable:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Núm. Telefónico: _____

Empleador: _____ Tiempo en el empleo: _____

Información de su cónyuge:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ Tiempo en el empleo: _____

Miembros de la casa:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

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: _____