****

**FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM**

**Requisitos de Eligilibilidad:**

* Covertura es provista a la famila que vive en la misma casa, incluyendo estudiantes hasta la edad de 21. Ninos los cuales reciben ayuda alimenticia cuentan como miembros de la familia.
* Es requerido que revele precisa y completamente todos los medios economicos y financieros al tiempo de aplicar para asistencia. Si usted falla en hacerlo eso determina si la asistencia es aprovada.
* Debe de completar los requisitos.
* No puede ser eligible para Health First (Medicaid) o CHP+.
* **Este *no* es un programa de aseguranza**. Porfavor pague su porcion **cuando reciba servicios**. Si no paga la porcion de su cuenta, puede ser sujeto a pagar el precio total de los servicios proporcionados.
* Es la politica de Pioneers Medical Center/Meeker Family Health Center proporcionar servcios **esenciales** independientemente si el paciente tiene la habilidad de pagar. Los siguientes servicios son excluidos del Programa de Asistencia Financiera:
* Cirugias elegidas pre-registradas las cuales no son medicamente necesarias.
* Procediemientos Esteticos/Cirugia Cosmetica.
* Hogar para ancianos.
* La aplicacion sera completada cada 6 meses o si su situacion financiera cambia.
* **Costo:**
* A los solicitantes se les dara una tarifa basada en su total salario completo del hogar y tamaño de familia; el porcentaje de copagos sera determinado como un resultado de la tarifa. Solicitantes son elegibles a cuidados al tiempo de la aplicacion.
* Balances pendientes seran ajustados por servicios rendidos 30 dias antes de firmar la aplicacion y todos los copagos se venceran al tiempo de completar y la aprovacion de la solicitud.
* Balnces no pagados durante los 120 dias seran transferidos a A-1 Agencia de Coleccion.

****

**Documentacion Requerida:**

Es requerido que el solicitante presente la siguiente documentacion:

**General** (Si es casado, de los dos):

\_\_\_\_Copia de cuenta de los 3 meses de los solicitantes: chequera, ahorros, cuentas de inversion y otros recursos liquidos.

\_\_\_\_Copia de los impuestos anteriormente.

\_\_\_\_ Actual negativa de Medicaid del Estado de Colorado. (Incluyendo fecha y hora de la determinacion.)

\_\_\_\_Copia de su actual tarjeta de aseguranza(s)

**Identificacion** (Si es casado, de los dos.)

\_\_\_ Copia de la licencia de manejo de Colorado o identificacion de Colorado (debe provar resicencia legal)

\_\_\_\_\_Numero de Seguro Social, fecha de nacimiento y nombre completo de todos los miembros de familia.

**Empleo y otros salarios** (Si es casado, de los dos)

 ­­­\_\_\_\_\_Copia de talon de los 3 ultimos meses, O copia de carta de desempleo, ingreso de seguro o pension.

\_\_\_\_\_Ingreso de rentas (aplicable)

\_\_\_\_\_ Otra forma de ingresos en efectivo.

**TRABAJO AUTONOMO, Y SI USTED NO SE PAGA REGULARMENTE** (mensual, cada 2 semanas, 2x al mes.) Favor de proveer ganacias/perdidas por los 3 ultimos meses del negocio O copias de gastos mensuales realcionados al negocio.) (Si es casado, de los dos.)

\_\_\_ Copia de la forma 1099 de impuestos.

\_\_\_ Copia de Horario C.

**DOCUMENTOS ADICIONALES REQUERIDOS PARA CALCULO DE BENEFICIOS**:

\_\_\_\_\_Recibos de pago de renta o hipoteca de los ultimos 6 meses.

\_\_\_\_Si no paga renta o hipoteca, una carta del patron quien provee casa a cambio de salario.

****

**SOLICITUD PARA PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

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

**Direccion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tel Casa: (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tel Cel: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento del solicitante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Seguro Social del solicitante:\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Miembros de la casa** (incluya a los que de manutencion familiar.)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FDN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FDN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FDN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FDN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FDN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FDN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Notas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

**NOTA: ESTE NO ES UN PROGRAMA DE ASEGURANZA. SOLO SE APLICA EN PIONEERS MEDICAL CENTER AND MEEKER FAMILY HEALTH CENTER . No se aplica en:**

1. **Otras facilidades Medicas**
2. **Farmacias**
3. **Quota profesional para proveedores especializados aun cuando proveen servicios en Pioneers Medical Center/Meeker Family Health Center. Usted tendra que hacer arreglos con ese doctor para pagos por sus servicios profesionales.**
4. **Servicios de Patologia (St. Mary’s, Valley View Hospital, etc)**
5. **Servicios de radiologia proporcionados por Mountain Radiology**

**Iniciales del Solicitante:\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Solicitante Fecha**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Para USO del Tecnico: Please mark the boxes that indicates which documents were verified for eligibility, lawful presence and keep a photocopy of such documents presented in the applicant’s file.

**Gross annual income:** (both spouses: employment, unearned, self employment) $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Current balance of ALL Checking & Savings accounts:** (for household) $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rent or Mortgage payments:** (12 months) (deduction) ($\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**TOTAL:** $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  **RATING:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Financial Counselor Signature:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_