



PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Requisitos

- Cobertura será proveída para todos los miembros de una familia de una sola casa, incluyendo a los estudiantes hasta la edad de 21 años. Niños por cuales pague manutención serán incluidos como un miembro familiar.
- Es requerido que usted divulgue información sobre el origen de sus ingresos completamente y precisamente. Fallo de divulgar información puede resultar en la terminación de su asistencia financiera si usted es aprobado.
- Usted debe de cumplir con las estipulaciones de ingresos de la guía de ingresos.
- Servicios que son cubiertos por seguro de auto, casualidad, o un seguro de responsabilidad de un 3º partido no son elegibles para este programa.
- **Esto no es un programa de seguro.** Por favor pague su porción de la factura en cuando usted reciba los servicios. Si usted no paga su porción de la factura, usted podría ser cobrado la cantidad completa de los servicios provistos.
- Es la política de Pioneers Medical Center y Meeker Family Health Center proveer servicios esenciales sin importar la habilidad del paciente para pagar por esos servicios. Los siguientes servicios están **excluidos** del Programa de Asistencia Financiera:
 - o Cirugías electivas, pre-organizadas, que no son medicamente necesarias.
 - o Procedimientos denegados por seguro no son elegibles para asistencia financiera.
 - o Procedimientos cosméticos o estéticos.
 - o Cuidado geriátrico en un asilo.
- Elegibilidad para los descuentos está determinado únicamente en sus ingresos y tamaño de su familia. Ningún otro factor será utilizado para hacer una determinación de su elegibilidad.
- Elegibilidad será revisada anualmente o en el caso que su situación financiera cambie.

Costo

- Solicitantes serán asignados una calificación basado en sus ingresos y en el tamaño de su familia; porcentajes de copagos serán determinados en base de su calificación. Solicitantes son elegibles para recibir cuidado inmediatamente después de completar la solicitud.
- Saldos pendientes serán ajustados de acuerdo a los servicios provistos 30 días antes de que se firme la solicitud y todos los copagos deben de ser pagados al tiempo que se complete y apruebe la solicitud.
- Saldos que no son pagados entre 120 días serán transferidos a A-1 Collection Agency (colecciones).



Documentos Requeridos

Solicitantes deben de proveer los siguientes documentos:

Identificación (Si está casado, de los dos)

_____ Copia de una licencia de manejo o identificación de foto valida

_____ Números de Seguro Social, fechas de nacimiento, y nombres completos de todos los miembros de una casa.

Empleo u Otros Ingresos (Si está casado, de los dos)

_____ Copia de sus impuestos del año pasado

_____ Copia de sus talones de impuestos de los últimos tres meses o una copia de una carta de beneficios de desempleo, carta de ingresos de seguro social, o carta de ingresos de pensión.

_____ Ingresos de empleo

_____ Ingresos de propiedades de renta (si es aplicable)

_____ Cualquier ingreso adicional que reciba. Por favor refiera a la Política de Asistencia Financiera para otros tipos de ingreso.



Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono de casa: () _____ - _____

Teléfono móvil: () _____ - _____

Fecha de nacimiento del solicitante: _____

Número de Seguro Social del solicitante: _____ - _____ - _____

Miembros del Hogar (incluyendo a ellos a que das manutención)

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Notes:



Nota: Esto no es un programa para seguro médico. Solo se puede usar en Pioneers Medical Center y Meeker Family Health Center. No se puede usar en:

1. Otros sitios médicos
2. Farmacias
3. Tarifas profesionales requeridas por especialistas, sin importar que ofrezcan sus servicios en Pioneers Medical Center o en Meeker Family Health Center. Usted debe de coordinar sus propios pagos con sus especialistas por los servicios profesionales provistos.
4. Servicios patológicos (St. Mary's, Valley View Hospital, etc.)
5. Servicios radiológicos provistos por Mountain Radiology
6. Equipo médico durable provisto por DJO Global

Yo entiendo que por integrar esta información a Pioneers Medical Center que mi elegibilidad será comprobada y determinada para los servicios provistos por Pioneers Medical Center y Meeker Family Health Center (incluyendo a Colorado Advanced Orthopedics). Si la información que he provisto es comprobada como falsa, una denegación en elegibilidad podría resultar a causa y yo seré responsable de la factura completa.

Yo afirmo que toda la información que he provisto es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Si soy elegible para el Programa de Asistencia Financiera y no hago los pagos requeridos, yo entiendo que el saldo de mis cuentas, igual a las cuentas de mis familiares incluidas en esta solicitud, serán entregadas a una agencia de colección.

Firma del solicitante

Fecha

For Eligibility Technician Use ONLY: Please mark the boxes that indicates which documents were verified for eligibility and keep a photocopy of such documents presented in the applicant's file.

ANNUAL INCOME: (both spouses: employment, unearned, self-employment)

\$ _____

NUMBER OF HOUSEHOLD MEMBERS:

RATING: _____

COPAY: _____

Financial Counselor Signature: _____ **Date:** _____