



Estimado(a) Señor(a),

En algunos casos estamos en capacidad de proporcionar ayuda financiera a algunos de nuestros pacientes. Adjunto encontrará una hoja de trabajo financiera. Por favor tómese el tiempo para completar todas las preguntas en la hoja de trabajo para ser aprobado(a) para un descuento adicional de caridad en sus cuentas por servicios prestados por el hospital.

Dependiendo de su situación, por favor incluya una copia de los siguientes documentos que apliquen en su caso para determinar si reúne los requisitos y envíelos a la dirección indicada abajo:

- Última declaración de impuestos
- Última forma W2
- Carta de Prueba de Ingresos emitida por el Seguro Social
- Notificación de Beneficios de Seguro de Desempleo
- Los últimos tres meses de ingresos
- últimos 3 meses de extractos bancarios
- Carta declarando que usted y/o su cónyuge están desempleados

Aplicaciones enviadas sin al menos uno de los documentos anteriormente enumerados no serán procesadas. Por favor, no dude en contactar al departamento de Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta relacionada con su(s) cuenta(s) al 855-843-3547

Atentamente,

Poudre Valley Hospital  
University of Colorado Health  
Financial Counseling Services  
1100 E. Elizabeth  
Fort Collins, CO 80524

**University of Colorado Hospital**  
**Hoja de Trabajo Financiera**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Nombre del fiador \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (SSN) del Paciente \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del fiador \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
**Calle                      Apart#                      Ciudad                      Zona Postal**

Teléfono Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_

Empleador del paciente \_\_\_\_\_

Empleador del fiador (cónyuge) \_\_\_\_\_

**PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE**

**Últimos tres meses de ingresos del paciente (INGRESOS BRUTOS)\***

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

**Últimos tres meses de ingresos del fiador (INGRESOS BRUTOS)\***

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

**Ingresos Totales \*** \_\_\_\_\_

**Lista de los documentos requeridos**

Por favor incluya copia de todos los que aplican

- Últimos 3 meses de sueldos o nóminas
- Última declaración de impuestos
- Carta de Desempleo
- Carta de Prueba de Ingresos emitida por el Seguro Social
- Otros:
- Medicaid \_\_\_\_\_
- CICP \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

MRN# \_\_\_\_\_

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
6 _____	_____	_____

**\*Ingreso incluye todas las fuentes de ingresos: empleo, desempleo, seguro social, pensión de manutención para ex-cónyuge, pensión de vejez, plan de pensiones, comisiones, propinas, pensión de manutención para hijos, fondos de inversiones/fideicomisos, ingresos por alquiler, intereses y otros ingresos.**

**Bienes/Recursos**

<b>Bienes/Recursos</b>	<b>Informacion</b>	<b>Valor</b>
Cuenta de cheques y ahorros		\$
Acciones y bonos, cuenta del mercado montetario de CD		\$
Otros activos (IRA, 401K, cuenta fiduciaria, pensión, anualidad, revocable como póliza de seguro) No liste su casa o vehículos		\$

**Ingresos**

<b>Fuente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Cantidad</b>
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

**Comentarios:**

Esta información en el UCHHealth Financial está garantizada por el suscrito para completar y precisa. El abajo firmante da su consentimiento para permitir que UCHHealth verifique todos los elementos contenidos en este documento financiero. Entiendo que el proveedor tiene derecho a obtener cualquier recuperación o derecho de recuperación para un paciente que tendría derecho a la recuperación. Esto significa que si se descubre que tengo un reclamo por cualquier beneficio pagadero por cualquier tratamiento que se haya dado mientras sea elegible para asistencia bajo este programa para que este proveedor tenga derecho a ser incluido en el proceso de reclamación.

X \_\_\_\_\_  
Firma

X \_\_\_\_\_  
Fecha