

Muchas gracias por su interés en convertirse en un paciente en MarillacHealth. Se le aconseja solicitar asistencia financiera, independientemente de su cobertura de seguro.

Los formularios adjuntos son parte el proceso de registro financiera para determinar su elegibilidad para programas de descuento de escala de pago u otros programas de asistencia financiera los cuales Ud. Puede calificar. Es importante leer y completar todos los formularios y adjuntar los documentos requeridos a fin de no retrasar su cuidado.

1. **Identificación:** Favor de presentar una forma de identificación para **TODOS** los miembros del hogar que están solicitando servicios. Ejemplos de identificaciones aprobadas: Identificación de Colorado, pasaporte, otra identificación otro estado, certificado de nacimiento, tarjeta de Medicaid o CHP+, identificación de su país, identificación de la escuela, tarjeta de residente permanente.
2. **Ingresos de trabajo:** Favor de presentar **una de las siguientes** de todos los miembros de la familia que trabajan:
 - Comprobante de ingresos de los últimos 30 días(talonario de pago)
 - Carta de verificación de ingresos de parte de su empleador
 - Si no tiene ingresos, hable con nuestro especialista de elegibilidad.
 - Negocio propio: un mes de los depósitos hábiles bancarios o un mes del Estado de Pérdidas y Ganancias O la declaración de impuestos vigente
3. **Ingresos no devengados:** Favor de proporcionar copias de estos ingresos no ganados, si aplican a usted:
 - Desempleo
 - SSI
 - Pensión / jubilación
 - Compensación a trabajadores
 - Beneficios por discapacidad
 - Rentas, pensiones alimenticias
4. **Tarjetas de Seguro Médico y / o Dental:** Favor de proveer copias del frente y reverso de las tarjetas

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a la aplicación o documentos solicitados o desea hablar con nuestros especialistas de elegibilidad, por favor llame a nuestro número principal al **970.298.7732**. Una vez que su solicitud sea procesada, nos pondremos en contacto con usted, y le informaremos si califica para la tarjeta de descuento y pueda venir a firmar por su tarjeta. Gracias nuevamente por contactar MarillacHealth. Esperamos poder servirle a usted y sus necesidades de atención médica.

MarillacHealth acepta Medicaid, Medicare, Rocky Mountain Health Plans, Other Commercial Plans, Delta Dental, y sin seguro/pago de su propio bolsillo. Tenemos disponible una escala de descuento de pagos para todos. La elegibilidad está basada en el tamaño de la familia e ingreso.

Enviar por correo o entregar los formularios de elegibilidad en cualquiera de nuestras localidades:
2333 N. 6th Street, Grand Junction, CO 81501 o 510 29 ½ Road, Grand Junction, CO 81504
Elegibilidad: 602 Bookcliff Avenue, Grand Junction, CO 81501



MarillacHealth

Committed to a healthier you.

Asistencia Financiera Solicitud de Elegibilidad

Fecha: _____
(mes/día/año)

Servicios application:

___ Médico ___ Dental ___ Óptico

Información del Paciente

Nombre: _____ Inicial_2do Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____ Idioma Preferido: _____

Género: Masculino Femenino Transgénero Otro mencionados _____

Estatus Familiar: Con Domicilio Sin Domicilio (circule): Calle Compartiendo Hogar Transicional Albergue Otro _____

Hogar de Gobierno No Si (circule): Lincoln- Bunting Lincoln- North Courtyard Bookcliff

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal : _____

Teléfono(s): Hogar: _____ Mensaje o Celular: _____

Estado Civil: _____ Nombre de Esposo(a) _____

Estado de Empleo:

Discapacitado(a) Tiempo Completo Medio Tiempo Retirado Estudiante Sin Empleo Otro

Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Etnicidad: Hispano No-Hispano

Raza Indio Americano Asiático Hawaiano Natal Negro/Afro Americano Blanco

Islas del Pacifico Otro: _____

Nombre en caso de emergencia: _____ Relación del Paciente _____

Teléfono en caso de emergencia: _____

Farmacia Preferida: _____ Dr. Primario Actual: _____ Ninguno

Información del Garantizador (Persona Responsable de Pagar las Cuentas/Servicios)

Nombre (Legal): _____ Inicial 2do Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social # _____ Relación con el Paciente: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono(s): Hogar: _____ Mensaje o Celular: _____

Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Seguro Medico

Tipo de Seguro / Escala de Pago:

Medicaid Medicare CHP+ CICP Privado Escala de Pago Ninguno

SEGURO MEDICO PRIMARIO: _____ **NUMERO DE GRUPO:** _____

Domicilio: _____ Numero de Póliza _____

Nombre de Persona Asegurada: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # SSN: _____

Relación del Paciente: _____ Empleador: _____

Miembros en el Hogar

Código Residente	Nombre del Miembro de la Familia	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Masculino Femenino	Relación	Medicaid # ó CHP #	Medicare Sí/No	Nombre del Seguro Médico
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

Lista de Códigos de Residencia:

(01) Residente de Colorado y Ciudadano de E.E.U.U.

(02) Residente de Colorado e Inmigrante Documentado

(04) Trabajador del Campo Migrante e Inmigrante Documentado

(05) No residente; Incluido en el Tamaño de la Familia Solamente

Otra Información

En los últimos 24 meses, ¿Usted (paciente) o un miembro de su familia:

- ¿Ha sido contratado para hacer trabajo agrícola? Sí No
- ¿Ha recibido la mayor parte de sus ingresos o trabajo de la agricultura? Si No
- ¿Se ha mudado temporalmente con el fin de hacer trabajo agrícola? Si No

Estado Veterano de E.U.:

¿Usted (paciente) ha completado el Servicio Uniformado de los Estados Unidos? SI No

Certifico que la información anterior es verdadera, exacta y completa según mi mejor conocimiento. Permito a los representantes de MarillacHealth contactar cualquier persona o agencia necesaria para verificar esta información. Estoy de acuerdo en puntualmente notificar a MarillacHealth de cualquier cambio en miembros del hogar, dirección, teléfono, renta, seguro u otra información esencial. Entiendo que tengo que mostrar mi tarjeta al momento del servicio en base a los reglamentos establecidos por MarillacHealth y / o el Estado de Colorado. Entiendo que soy responsable de los cargos por servicios y estoy de acuerdo en pagar la cuota/ copago al momento del servicio. Los abajo firmantes consiente por este medio a MarillacHealth al uso de la información médica del paciente para aquellas operaciones de cuidado de la salud como se define en las normas de privacidad de HIPAA (45CFR164.501) no permitida bajo la ley de Colorado, la cual deberá incluir usos tales como la revisión médica, servicios legales, funciones de auditoria, la planificación de desarrollo de negocios, gestión de negocios y actividades administrativas generales. MarillacHealth está además autorizada a divulgar la información médica del paciente a sus socios de negocios, tales como contadores, abogados consultores y otras personas que llevan a cabo algunas de las actividades de atención medica anterior en nombre de MarillacHealth.

Firma del Cliente/Padre/Tutor/Representante del Paciente

Nombre (en letra de molde)

Fecha

Si la firma no pertenece al cliente, indique la relación e imprima su nombre

FOR STAFF USE ONLY	
FEE CODE _____	FPL % _____
Limited English Proficiency? YES NO	
ELIGIBILITY SPECIALIST SIGNATURE: _____	
DATE: ____ / ____ / ____	

Nota: Los representantes del cliente están requeridos a proporcionar la documentación de la explicación de la autoridad para actuar en nombre del cliente. No vamos a procesar todas las solicitudes firmadas por el representante de un cliente sin la autoridad para actuar en el nombre del cliente no está claramente descrito.

Ingresos: Liste **TODOS INGRESOS BRUTOS** mensuales del hogar:

Fuente de ingresos	Suyo	Cónyuge	Dependiente(s)
Ingresos brutos mensuales	\$	\$	\$
Compensación por desempleo	\$	\$	\$
AFDC*	\$	\$	\$
Manutención de los hijos	\$	\$	\$
Jubilación/pensión	\$	\$	\$
Seguro Social	\$	\$	\$
Alquiler/ingresos por intereses	\$	\$	\$
Otros	\$	\$	\$
INGRESOS TOTALES: *No se incluye en los Ingresos totales	\$	\$	\$

CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMISTRADA ES VERDADERA Y CORRECTA SEGUN MI MEJOR CONOCIMIENTO. INFORMARE CUALQUIER CAMBIO EN MI SITUACION DENTRO DE UN MES.

Firma _____ Fecha _____

**Declaración Jurada de Presencia Legal
Programa de Atención para Indigentes de Colorado**

Yo, _____, juro o afirmo bajo pena de perjurio según las leyes del estado de Colorado queque (marque un opción):

- Soy ciudadano de los Estados Unidos, O
- No soy un ciudadano de Estados Unidos pero soy residente permanente de los Estados Unidos
- No soy un ciudadano de Estados Unidos pero estoy legalmente presente en Estados Unidos bajo de la Ley Federal

Entiendo que esta declaración jurada es requerida por la ley porque he solicitado una "prestación pública estatal", como ese término se define en la sección 24-76.5-102(3), C.R.S. (2016). Entiendo que la ley estatal requiere que demuestren que estoy legalmente presente en Estados Unidos antes de recibir este beneficio público del estado. Además, reconozco hacer una declaración falsa, ficticia o fraudulenta o representación en esta declaración jurada jurada está penado por las leyes penales de Colorado como perjurio en el segundo grado en la sección 18-8-503, C.R.S. (2016) y constituirá un delito separado cada vez que fraudulentamente se recibe un beneficio público.

Firma del Solicitante

Fecha

SÓLO PARA USO INTERNO

Por favor marque la casilla que indica que documento se verificó presencia legal y fotocopia del documento en el archivo del solicitante.

- Un válido y corriente licencia de conductor de Colorado o un Colorado tarjeta de identificación, emitido de conformidad con el artículo 2 del título 42, C.R.S., a menos que el solicitante es titular de una licencia o tarjeta que dice, "no son válidos para identificación federal, votar o beneficio público", o
- Un licencia de cualquier conducir fuera del estado o estado emitido identificación si ese estado requiere que el solicitante probar presencia legal antes de la expedición de la licencia o tarjeta de identificación, o
- Una tarjeta militar de Estados Unidos o tarjeta de identificación de dependiente militar o
- Una tarjeta de Estados Unidos guardacostas Merchant Mariner, o
- Un documento tribal americano nativo, o
- Otra documentación tirado de SAVE o se encuentran en una lista Federal de documentación aceptable para establecer presencia legal (véase 1 CCR 204-30 secciones 2.1.4 y 2.1.6)
Nombre de doucment aceptado (incluir número):

Fecha verificado en SAVE (si corresponde): _____

Por favor nota: Si el solicitante es un ciudadano o no ciudadano nacional y es incapaz de presentar cualquiera de los documentos listado en este formulario puede enviar una declaración escrita o un declaración por escrito del tercero. Estas opciones deben usarse con precaución. El solicitante debe firmar abajo.

Declaración del uno mismo

Yo, _____ mismo-declara y juro o afirmo bajo pena de perjurio y posiblemente sujeta a verificación posterior de la situación, que yo soy un ciudadano o no ciudadano nacional.

Firma del Solicitante

Fecha

Tercero Declaración

Yo, _____ juro o afirmo bajo pena de perjurio y posiblemente sujeta a verificación posterior de la situación, que tengo conocimiento personal que el solicitante es un ciudadano o no ciudadano nacional.

Firma del Solicitante

Fecha

Estado de presencia legal del Departamento de ingresos de Colorado, véase 1 CCR 204-30 regla 5:

<http://www.sos.state.co.us/CCR/GenerateRulePdf.do?ruleVersionId=6860&fileName=1%20CCR%20204-30>

Estados que requieren los aspirantes probar presencia legal antes de la expedición de licencia de conducir o tarjeta de identificación también se llaman Estados compatibles con ID REAL. Una lista de Estados conformes ID REAL puede encontrarse en:

<https://www.dhs.gov/current-status-states-territories>