

Solicitud de Elegibilidad de Asistencia Financiera



Gracias por su interés en convertirse en paciente en MarillacHealth. Le recomendamos que solicite asistencia financiera, independientemente de su cobertura de seguro.

Los formularios adjuntos son parte del proceso de solicitud para determinar su elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Móvil u otros programas de asistencia financiera para los que pueda calificar. Es importante que lea todos los formularios y adjunte los documentos requeridos.

1. ID: Por favor traiga una forma de identificación para TODOS los miembros del hogar que están solicitando servicios. Ejemplos de identificación aprobada: identificación de Colorado, pasaporte, otra identificación estatal, certificado de nacimiento, identificación de su país, identificación de escuela, tarjeta de residente permanente.

2. Ingresos del trabajo: Por favor, traiga uno de los following para todos los miembros de la familia empleados

- Comprobante de ingresos de los últimos 30 días (talones de cheque)
- Carta de verificación de ingresos de su empleador
- Si no hay ingresos, hable con nuestro especialista en elegibilidad
- Trabajador por cuenta propia: un mes de depósitos comerciales bancarios brutos o mes actual de estado de pérdidas y ganancias por los últimos 3 meses, o declaración de impuestos actual

3. Ingresos no devengados: Proporcione copias de estos ingresos no devengados si se le aplica

- Desempleo
- Compensación al Trabajador
- SSI
- Beneficios por discapacidad
- Pensiones / Jubilaciones
- Alquileres, Pensión Alimenticia

4. Tarjetas de seguro médico y / o dental: Proporcione copias del anverso y reverso de las tarjetas

Si tiene alguna pregunta con respecto a la solicitud o los documentos solicitados o para hablar con nuestro Especialista en Elegibilidad, llame a nuestra Oficina de Elegibilidad al 970.200 1654. Una vez que se procese su solicitud, nos pondremos en contacto con usted para informarle si califica para el Programa de descuento de tarifa móvil. Luego puede entrar para firmar y recoger su tarjeta. Gracias de nuevo por ponerse en contacto con MarillacHealth. Esperamos poder servirle a usted y a todas sus necesidades de atención médica.

MarillacHealth acepta Medicaid, Medicare, Rocky Mountain Health Plans, Otros planes comerciales, Delta Dental, and autopago/no asegurado. Elegibilidad se basa en el tamaño de la familia y los ingresos.

Envíe por correo o deje los formularios de elegibilidad a cualquiera de nuestras ubicaciones en Grand Junction:

2333 N. 6th Street, Grand Junction, CO 81501

o 510 29 1/2 Road, Grand Junction, CO 81504

Oficina de elegibilidad: 602 Bookcliff Avenue, Grand Junction, CO 81501

2333 N. 6th St. Grand Junction, CO 81501

510 29 1/2 Rd. Grand Junction, CO 81504

MarillacHealth.org

Rev. 8/2022

Medical and Dental: 970-200-1600

Solicitud de Elegibilidad de Asistencia Financiera



La Fecha de Hoy:		Doctor Primario Actual:					
INFORMACION DEL PACIENTE							
Apellido del Paciente:		Primer Nombre (Legal):			Inicial 2do Nombre:		
Dirección Postal:		Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Fecha de Nacimiento:		Número de Seguro Social		Estado Civil:			
				No Casado		Casado	
				Divorciado		Viudo(a)	
				Union Libre			
Identidad de Género				Orientación Sexual			
Masculino		Feminino		Hombre Transgénero		Mujer Transgénero	
Elegir No Divulgar		Heterosexual		Lesbiana/Gay		Bisexua l	
Número de Teléfono Residencial:		Número de Teléfono Celular:			Situación Laboral		
Empleador:		Número de Teléfono del Trabajo					
Raza: (Circule)				Idioma Preferido:			
Blanco		Negro/Afro Americano		Hispanico		Indio Americano	
Hawaiano Natal		Islas del Pacifico		Otro: -----		Etnicidad: (Circule)	
Hispano		No-Hispano					
Estado del Hogar: (Circule)		Hogar de Gobierno: (Circule)			Ubicación: (Circule)		
Con Hogar		Sin Hogar		No		Si	
				Lincoln— Bunting Bookcliff		Lincoln— North Otro:	
Nombre en Caso de Emergencia:		Relación con el Paciente:			Teléfono en Caso de Emergencia:		
Farmacia Preferida:							
Otras Notas:							
Persona responsable del pago							
Apellido:		Primer Nombre:			Inicial 2do Nombre:		
Fecha de Nacimiento:		Número de Seguro Social:			Relación con el Paciente:		
Dirección postal:							
Número de teléfono residencial:		Número de teléfono celular:					
Empleador:		Número de teléfono del trabajo:					

Solicitud de Elegibilidad de Asistencia Financiera



Seguro		
Tipo de seguro/escala móvil:		
Seguro Primario	Número de grupo:	
Dirección:	Número de póliza:	
Nombre de Suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor	Número de Seguro Social del Suscriptor:
Relación con el Paciente:	Empleador del suscriptor:	

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

- ¿Ha sido contratado para hacer trabajos agrícolas? Sí No
- ¿Obtuvo la mayor parte de sus ingresos o empleo trabajo agrícola? Sí No
- ¿Se mudó temporalmente para hacer trabajos agrícolas? Sí No
- Dejó de trabajar en la agricultura debido a la discapacidad o la vejez? Sí No

Estado de Veterano de los Estados Unidos: ¿Ha completado usted (paciente) el servicio en los Servicios Uniformados de los Estados Unidos? Sí No

Certifico que la información anterior es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender. Permito que los representantes de MarillacHealth se comuniquen con cualquier persona o agencia necesaria para verificar esta información. Acepto notificar a MarillacHealth de inmediato de cualquier cambio en los miembros del hogar, dirección, teléfono, ingresos, seguro u otra información esencial. Entiendo que debo mostrar mi tarjeta en el momento del servicio según las pautas establecidas por MarillacHealth y / o el Estado de Colorado. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo por servicios y acepto pagar mi tarifa / copago en el momento del servicio.

El abajo firmante por la presente consiente el uso de la información médica del paciente por parte de MarillacHealth para aquellas operaciones de atención médica según se definen en las regulaciones de privacidad de HIPAA (45CFR164.501) no permitidas de otra manera por la Ley de Colorado, que incluirá usos como revisión médica, servicios legales, funciones de auditoría, desarrollo de planificación comercial, gestión comercial y actividades administrativas generales. MarillacHealth está además autorizada a divulgar la información médica del paciente a sus socios comerciales, como contadores, abogados, consultores y otros que realizan algunas de las operaciones de atención médica anteriores en nombre de MarillacHealth.

Financial Assistance Eligibility Application



Household Members

Código Residente	Nombre del Miembro de la Familia	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Masculino Femenino	Relación	Medicaid # o CHP #	Medicare: Si/No	Nombre de 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 trabajos agrícolas? Sí No
- ¿Obtuvo la mayor parte de sus ingresos o empleo trabajo agrícola? Sí No
- ¿Se mudó temporalmente para hacer trabajos agrícolas? Sí No

Dejó de trabajar en la agricultura debido a la discapacidad o la vejez? Sí No

Estado de Veterano de los Estados Unidos: ¿Ha completado usted (paciente) el servicio en los Servicios Uniformados de los Estados Unidos? Si No

Certifico que la información anterior es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender. Permito que los representantes de MarillacHealth se comuniquen con cualquier persona o agencia necesaria para verificar esta información. Acepto notificar a MarillacHealth de inmediato de cualquier cambio en los miembros del hogar, dirección, teléfono, ingresos, seguro u otra información esencial. Entiendo que debo mostrar mi tarjeta en el momento del servicio según las pautas establecidas por MarillacHealth y / o el Estado de Colorado. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo por servicios y acepto pagar mi tarifa / copago en el momento del servicio.

El abajo firmante por la presente consiente el uso de la información médica del paciente por parte de MarillacHealth para aquellas operaciones de atención médica según se definen en las regulaciones de privacidad de HIPAA (45CFR164.501) no permitidas de otra manera por la Ley de Colorado, que incluirá usos como revisión médica, servicios legales, funciones de auditoría, desarrollo de planificación comercial, gestión comercial y actividades administrativas generales. MarillacHealth está además autorizada a divulgar la información médica del paciente a sus socios comerciales, como contadores, abogados, consultores y otros que realizan algunas de las operaciones de atención médica anteriores en nombre de MarillacHealth.

Firma del Cliente/Padre/Tutor/Representante del Paciente Fecha

Nombre (en letra de molde)

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

FOR STAFF USE ONLY	
FEE CODE _____	FPL% _____
ELIGIBILITY SPECIALIST SIGNATURE: _____	
DATE ____/____/____	

Nota: Los representantes del cliente deberán proporcionar documentación de explicación de autoridad para actuar en nombre del cliente. No procesaremos ninguna solicitud firmada por el representante de un cliente si la autoridad para actuar en nombre del cliente no se describe claramente.

2333 N 6th St. Grand Junction, CO 81501
510 29 1/2 Rd, Grand Junction, CO 81504
www.MarillacHealth.org

Medical & Dental: 970.200.1600

Estado Financiero

INGRESOS: Enumere TODOS los ingresos del hogar por monto BRUTO MENSUAL:

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** _____