MarillacHealth
Committed to a healthier you.

Solicitud de elegibilidad de asistencia financiera

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

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

1. **Identificación:** Favor, de presentar una forma de identificación para TODOS los miembros del hogar que solicitan servicios. Ejemplos de identificación aprobada: identificación de Colorado, pasaporte, identificación de otro estado, certificado de nacimiento, identificación de su país, identificación de escuela, tarjeta de residente permanente.
2. **Ingresos de trabajo:** Favor, de presentar cualquiera de los siguientes para todos los miembros de la familia con empleo.
   - Comprobante de ingresos de los últimos 30 días (talones de pago)
   - Carta de verificación de ingresos de su empleador
   - Si no hay ingresos, hable con nuestro especialistas elegibilidad
   - Negocio propio: un mes de Declaración de Ganancias y Pérdidas
3. **Ingresos no devengados:** Proporcione copias de estos ingresos no ganados, si le aplican a usted:
   - Desempleo
   - Compensación al trabajador
   - SSI
   - Beneficios por discapacidad
   - Pensiones/jubilación
   - Alquileres, pension 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 **PIC Place al 970-252-8896** o nuestra Oficina de Elegibilidad al 970-200-1654 o al 970-200-1647. 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. Le enviaremos su tarjeta de Marillac por correo. 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, Medicare Advantage, Rocky Mountain Health Plans, otros planes comerciales, Delta Dental, and autopago/no asegurado. Elegibilidad es basada en el tamaño de familia e ingresos.

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

87 Merchant Dr, Montrose, CO 81401
2333 N. 6th Street, Grand Junction, CO 81501; 2139 N. 12th Street, Ste. 2, Grand Junction, CO 81501
510 29 ½ Road, Grand Junction, CO 81504; Oficina de elegibilidad: 602 Bookcliff Avenue, Grand Junction, CO 81501

MarillacHealth
Committed to a healthier you.

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 Póstal:

Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:	Estado Civil:
		Soltero Casado Divorciado Viudo(a) Union Libre

Identidad de Género (Circule):	Orientación Sexual (Circule):
Masculino Feminino Hombre Transgénero Mujer Transgénero Elegir No Divulgar	Heterosexual Lesbiana/Gay Bisexual Otro

Número de Teléfono Residencial:	Número de Teléfono Celular:	Situación Laboral:

Empleador:	Número de Teléfono del Trabajo:

Raza (Circule):	Idioma Preferido:	
Blanco Negro/Afro Americano Hispánico Indio Americano Hawaiano Natal Islas del Pacifico Otro: _____	Etnicidad (Circule):	Hispano No Hispano

Estado del Hogar (Circule):	Hogar de Govierno (Circule):	Ubicación (Circule):
Con Hogar Sin Hogar	No Si	Lincoln—Bunting Lincoln—North Courtyard Bookcliff Otro: _____

Nombre en Caso de Emergencia:	Relación con el Paciente:	Teléfono en Caso de Emergencia:

Farmacia Preferida:
Correo electrónico:
Otras Notas:

MarillacHealth
Committed to a healthier you.

Solicitud de elegibilidad de asistencia financiera

Persona Responsible 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:	

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:	

MarillacHealth
Committed to a healthier you.

Solicitud de elegibilidad de asistencia financiera

Miembros del Hogar									
Codigo Residente		**Nombre del Miembro de la Familia**	**Numero de Seguro Social**	**Fecha de Nacimiento**	**Masculino o Feminino**	**Relación**	**Medicaid # o CHP #**	¿Medicare? Si/No	Nombre de Seguro Médico
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

Lista de Codigos de Residencia:

(01) Residente de Colorado y Ciudadano de E.E.U.U.
(02) Residente de Colorado e Inmigrante Documentado
(04) Trabajador del Camp Migrante e Inmigrante Documentado
(05) No residente; Incluido en el Tamaño de la Familia Solamente

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

- ¿Ha sido contratado para hacer trabajo agrícola? Sí No
- ¿Obtuvo la mayor parte de sus ingresos o empleo por 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 complete 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 y 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.

MarillacHealth
Committed to a healthier you.

Solicitud de elegibilidad de asistencia financiera

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 media 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 se la autoridad para actuar en nombre del cliente no se describe claramente.

MarillacHealth
Committed to a healthier you.

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 de intereses	$	$	$
Otros	$	$	$
INGRESOS TOTALES: *No se incluye en los ingresos totales	$	$	$

CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMISTRADA ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI MEJOR CONOCIMIENTO. INFORMARE CUALQUIER CAMBIO EN MI SITUATACION EN UN MES.

Firma: _____ Fecha: _____