



Solicitud de Asistencia Financiera

Si no tiene seguro médico o su seguro no cubre sus servicios de salud conductual, complete este formulario para solicitar asistencia financiera. Para cumplir con las regulaciones federales, es necesario que le hagamos algunas preguntas personales. El tamaño de su hogar/familia y sus ingresos anuales se utilizarán para determinar su elegibilidad y calcular su descuento. Incluya un comprobante de ingresos para cada elemento con esta solicitud. Si sus ingresos o el número de personas en su familia/hogar cambian durante su atención, puede solicitar una revisión de su elegibilidad. Para obtener ayuda, comuníquese con nuestro equipo de Representantes de Cuentas de Clientes al 719-345-6255 o a clientaccounts@solvistahealth.org. Entregue su solicitud en una de nuestras oficinas o a clientaccounts@solvistahealth.org.

Información del Paciente			Fecha de Hoy: ____/____/____	
Primer Nombre:	Segundo:	Apellido:	Otros Nombres:	
Dirección del Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección de Correo:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono de Casa: -		Número de Teléfono Celular: -		
Fecha de Nacimiento: ____/____/____				

Tamaño del Hogar e Ingresos. Indique solo a las personas que se sustentan con los ingresos familiares/del hogar (por ejemplo, usted, su cónyuge o sus hijos). No incluya a compañeros de habitación ni a ninguna persona que cubra sus propios gastos. Incluya todos los ingresos de las personas que incluya en la lista. También debe incluir una copia del comprobante de pago de cada miembro que reciba sueldo, propinas o salario, como comprobante de ingresos para esta sección.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Ingreso -Antes de impuestos (sueldos/propinas/salario)	Frecuencia (Circule Uno)
	//		\$	Semanal Quincenal Mensual Bimestral Anual
	//		\$	Semanal Quincenal Mensual Bimestral Anual
	//		\$	Semanal Quincenal Mensual Bimestral Anual
	//		\$	Semanal Quincenal Mensual Bimestral Anual
	//		\$	Semanal Quincenal Mensual Bimestral Anual
Total:			\$	Semanal Quincenal Mensual Bimestral Anual

Ingresos Adicionales del Hogar. Indique cualquier otro ingreso que reciban los miembros del hogar. Incluya los ingresos de todas las personas mencionadas en la sección *Tamaño del Hogar*. Si varios miembros reciben el mismo tipo de ingreso, incluya a cada persona. Adjunte el comprobante requerido para cada fuente de ingresos.

Nombre(s)	Fuente de Ingresos	Monto Mensual	Adjunte el documento indicado como prueba.
	Compensación por Desempleo	\$	Carta o declaración de adjudicación
	Ingresos por Trabajo por Cuenta Propia	\$	Declaración de impuestos sobre la renta del año anterior
	Compensación Laboral	\$	Carta de adjudicación o determinación de beneficios
	SSDI o SSI	\$	Carta de beneficios, declaración de beneficios recibidos, notificación de adjudicación
	Pensión Alimenticia	\$	Decreto Judicial
	Ingresos por Alquiler	\$	Copia del contrato de alquiler
	Fondo Fiduciario	\$	Carta del fideicomisario

Acuse de Recibo

Por la presente, certifico que puedo acceder y ver la escala móvil de tarifas y que la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa podría descalificarme inmediatamente y podría incurrir en responsabilidad financiera. Acepto colaborar con Solvista para proporcionar cualquier información adicional que ayude a tomar una decisión. Entiendo que puedo solicitar una nueva evaluación si mis circunstancias cambian.

Nombre (en letra de imprenta): _____ Firma: _____ Fecha: _____