TELLURIDE MEDICAL CENTER

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL GRUPO FAMILIAR

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: (escribir en letra de imprenta)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Teléfono: _____

Domicilio: _____

¿Cuántos meses al año trabaja? _____

¿Tiene cuenta bancaria? SÍ ☐ NO ☐

¿Presenta impuestos al gobierno? SÍ ☐ NO ☐

(Si respondió SÍ, adjunte el formulario 1040 de sus impuestos)

¿HAY OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE TRABAJE?:

Por favor, también adjunte 3 recibos de sueldo de esa(s) persona(s).

Nombre: _____ ¿Cuántos meses al año trabaja? _____

Nombre: _____ ¿Cuántos meses al año trabaja? _____

Nombre: _____ ¿Cuántos meses al año trabaja? _____

DEPENDIENTES: Personas en su familia que no trabajen

Nombre: _____ FDN: ___/___/___ Parentesco: _____

Nombre:_____ FDN:___/___/___ Parentesco:_____

Nombre:_____ FDN:___/___/___ Parentesco:_____

Nombre:_____ FDN:___/___/___ Parentesco:_____

Nombre:_____ FDN:___/___/___ Parentesco:_____

"Declaro, bajo pena de perjuicio, que la información proporcionada es completa y correcta."

FIRMA: _____ **FECHA**: _____ /_____ /_____

TELLURIDE
REGIONAL MEDICAL CENTER

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

La clínica de Telluride brinda atención médica de calidad a todos los residentes del distrito hospitalario de Telluride independientemente de su capacidad de pago.
Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con Cali al 970.708.8745 llamando, mandando texto o por *WhatsApp*.

INSTRUCCIONES:

1. Complete y firme la solicitud y entréguela junto con todos los documentos requeridos.
2. También puede enviarla por correo postal a
   Telluride Medical Center P.O. Box 1229 Telluride, CO 81435
   o por fax al 970-728-3404.

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Al menos **DOS** de los documentos enumerados a continuación:

1. Declaración de impuestos del año anterior.
2. Los últimos 3 recibos de sueldo o verificación de ingresos.
3. Estado de cuenta bancaria de los últimos 3 meses.

*SI no trabaja con recibos de sueldo, deberá completar una *Declaración Jurada* sobre sus ingresos.

Para el solicitante que no trabaja, presentar:

1. Documentación de fuentes de asistencia o apoyo económico (cartas de familiares, prestamistas, programas de asistencia, etc.).
2. Estados de cuenta bancarias de los últimos 3 meses, estados de cuenta de tarjetas de crédito, estados de cuenta de fideicomiso, ahorros e inversiones.

INFORMACIÓN PARA SOLICITAR COBERTURA MÉDICA CON *ER MEDICAID*

(Basado en el ingreso anual y la cantidad de integrantes de la familia. Para personas sin seguro social.)

ONLINE: www.colorado.gov/hcpf
LLAME AL 1.800.221.3943
O A TRI-COUNTY 970.708.7096

INFORMACIÓN PARA SOLICITAR COBERTURA MÉDICA CON *OMNISALUD*

(Basado en el ingreso anual y la cantidad de integrantes de la familia. Para personas sin seguro social.)

LLAME A TRI-COUNTY 970.708.7096

COLORADO PEAK
COLORADO CONNECT