



Estimado(a) Señor(a),

En algunos casos estamos en capacidad de proporcionar ayuda financiera a algunos de nuestros pacientes. Adjunto encontrará una hoja de trabajo financiera. Por favor tómese el tiempo para completar todas las preguntas en la hoja de trabajo para ser aprobado(a) para un descuento adicional de caridad en sus cuentas por servicios prestados por el hospital.

Dependiendo de su situación, por favor incluya una copia de los siguientes documentos que apliquen en su caso para determinar si reúne los requisitos y envíelos a la dirección indicada abajo:

- Última declaración de impuestos
- Última forma W2
- Carta de Prueba de Ingresos emitida por el Seguro Social
- Notificación de Beneficios de Seguro de Desempleo
- Los últimos tres meses de ingresos
- Carta declarando que usted y/o su cónyuge están desempleados

Aplicaciones enviadas sin al menos uno de los documentos anteriormente enumerados no serán procesadas. Por favor, no dude en contactar al departamento de Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta relacionada con su(s) cuenta(s) al 1-970-495-7117.

Atentamente,

UHealth
Financial Counseling Services
1100 E. Elizabeth
Fort Collins, CO 80524
970-495-7117

UCHealth
Hoja de Trabajo Financiera

Nombre del paciente _____ Nombre del fiador _____

Número de Seguro Social (SSN) del Paciente _____ Número de Seguro Social del fiador _____

Domicilio _____
Calle Apart# Ciudad Zona Postal

Teléfono Domicilio _____ Teléfono Trabajo _____

Empleador del paciente _____

Empleador del fiador (cónyuge) _____

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Últimos tres meses de ingresos del paciente (INGRESOS BRUTOS)*

Últimos tres meses de ingresos del fiador (INGRESOS BRUTOS)*

Ingresos Totales * _____

Lista de los documentos requeridos

Por favor incluya copia de todos los que aplican

- Últimos 3 meses de sueldos o nóminas
- Última declaración de impuestos
- Carta de Desempleo
- Carta de Prueba de Ingresos emitida por el Seguro Social

- Otros:
- Medicaid _____
 - CICP _____
 - _____

MRN# _____

Nombre Fecha de Nacimiento Número de Seguro Social

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

*Ingreso incluye todas las fuentes de ingresos: empleo, desempleo, seguro social, pensión de manutención para ex-cónyuge, pensión de vejez, plan de pensiones, comisiones, propinas, pensión de manutención para hijos, fondos de inversiones/fideicomisos, ingresos por alquiler, intereses y otros ingresos.

Gastos Mensuales

Gastos		Pagos Mensuales
Alquiler/Hipoteca		\$
Electricidad y gas		\$
Agua, cloaca y basura		\$
Teléfono		\$
Seguro de automóvil y casa		\$
Pensión de manutención (hijos/cónyuge)		\$
Alimentos/Artículos de aseo		\$
Saldo pendiente por pagar a médicos		\$
Farmacia		\$
Gastos por seguro médico		\$

Otros gastos (enumere)

Tarjetas de crédito (indique la compañía)	Cantidad total adeudada	Pagos mensuales
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

Préstamos (indique los bancos)	Cantidad total adeudada	Pagos Mensuales
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
Total de los gastos mensuales	Total de los ingresos (mensual)	Cantidad que queda después de los gastos
\$	\$	\$

Comentarios:

X _____
Firma

X _____
Fecha

La información en esta hoja de trabajo está garantizada por el suscrito de estar completa y correcta.

El suscrito por medio de la presenta autoriza al University of Colorado Hospital para que verifique toda la información contenida en esta hoja.