

## Ayuda financiera

Como sistema de atención de la salud, nos enorgullecemos por la calidad de la atención que brindamos y reconocemos las necesidades financieras de nuestra comunidad. Campbell County Health ofrece ayuda a pacientes y familiares que no pueden pagar todos o parte de los costos de la atención que reciben.

## Información general

Usted puede reunir los requisitos para recibir atención gratuita o con descuento. Para poder determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuento que ayuden a cubrir los costos de atención médica, deberá completar una solicitud y enviarla a Campbell County Health.

## Elegibilidad

La elegibilidad para recibir ayuda financiera se determina en función del ingreso familiar primario y del número de miembros del hogar. Las pautas sobre nivel de pobreza determinan el nivel de ayuda disponible para los solicitantes.

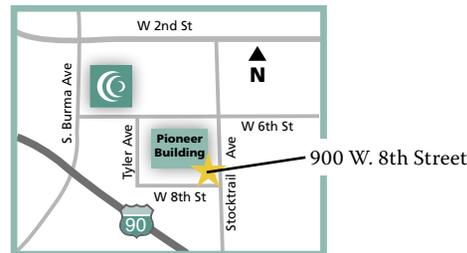
*El garante/paciente manifiesta que toda la información proporcionada es verdadera y correcta para determinar su elegibilidad para recibir ayuda financiera.*

## Documentación de la solicitud

Para determinar su elegibilidad, deberá presente los siguientes documentos junto con su solicitud.

- Dos últimos recibos de sueldo con sus ingresos brutos en lo que va del año
- Última declaración de impuestos
- Todos los estados de cuentas corrientes y cajas de ahorro (con transacciones)
- Carta de beneficios del programa de seguridad de ingreso suplementario y del seguro de discapacidad del seguro social (SSI/SSDI) (si aplica)
- Constancia de pensión alimentaria (si aplica)
- Carta de rechazo de Medicaid
- Carta de beneficios del seguro de accidentes de trabajo y seguro de desempleo (si aplica)
- Si no puede proporcionar la información solicitada, tendrá que explicar su situación financiera por escrito

*La ayuda financiera finaliza a los 90 días de la fecha de aprobación. Se harán ajustes en cuentas activas y cuentas corrientes únicamente.*



Campbell County Health

PATIENT FINANCIAL SERVICES

P.O. Box 3011, Gillette, Wyoming 82717  
pfc@cchwyo.org

307-688-2690

Fax: 307-688-1420

cchwyo.org



v 9/21

# Solicitud de ayuda financiera



Campbell County Health

PATIENT FINANCIAL SERVICES

307-688-2690





Información del solicitante

Nombre del garante Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del garante \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ GUAR# \_\_\_\_\_

Cónyuge Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del cónyuge \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ GUAR# \_\_\_\_\_

Dirección Calle \_\_\_\_\_ Nº de Depto./Unidad \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Número de personas que viven en el hogar \_\_\_\_\_

Nombre/edad de las personas que viven en el hogar \_\_\_\_\_

Elegibilidad presunta: ¿Recibe ayuda de los siguientes programas? (Seleccione todas las opciones que correspondan y presente una constancia de participación.)

- Medicaid/CHIPS  NAP/LIEAP/WAP  Refugio para personas sin hogar  Sección 8 de la Ley de Vivienda
- Otros

Información financiera

	Garante / Frecuencia	Cónyuge/Conviviente / Frecuencia
<b>INGRESOS</b>		
Ingreso bruto / Seguro de desempleo / Seguro de accidentes de trabajo	\$ / Empleador:	\$ / Empleador:
Beneficios de SSI/SSDI	\$	\$
Pensión alimentaria	\$	\$
Jubilación/pensión	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$
Nombre del banco:	Cuenta corriente: \$	Cuenta corriente: \$    Caja de ahorros: \$

Descargo de responsabilidad y firma

*Certifico que, según mi entender, mis respuestas son verdaderas y completas. Solicitaré toda ayuda estatal, federal o local para la que pueda ser elegible para ayudar a pagar esta factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital y autorizo al hospital a contactar a terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si proporciono información falsa en esta solicitud a sabiendas, no será elegible para recibir ayuda financiera.*

Firma del garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge/conviviente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_