

SECCIÓN 1: SOLICITANTE

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Apellido	Nombre	I.M.	N.S.S.
<hr/>			<hr/>
Dirección			Teléfono residencial
<hr/>			<hr/>
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono del trabajo
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

	Miembros del hogar (Nombre/Apellido)	Parentesco	Fecha de nacimiento	N.S.S.	Residencia
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

SECCIÓN 2: MEDICAID DE EMERGENCIA PARA INDOCUMENTADOS

Se solicitó:	____ SÍ	____ NO	FECHA: _____	CONDADO: _____
--------------	---------	---------	--------------	----------------

SECCIÓN 3: FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Fondo Wyoming _____	Fondo Condado de Mesa _____	Indocumentado _____	400% _____	Fuera del estado: _____ (indique el estado)
------------------------	--------------------------------	------------------------	---------------	---

SECCIÓN 4: EMPLEO

<hr/>	<hr/>
Nombre del empleador	Teléfono del trabajo
<hr/>	<hr/>
Dirección	Estado
Ciudad	Código Postal
<hr/>	<hr/>
Nombre del empleador	Teléfono del trabajo
<hr/>	<hr/>
Dirección	Estado
Ciudad	Código Postal
<hr/>	<hr/>

SECCIÓN 5: CÁLCULO DEL INGRESO

Ingreso	Cantidad mensual actual		Total anual
1 Ingreso bruto del empleo actual:	\$ _____	x12	\$ _____
2 Ingreso por trabajo independiente	\$ _____	x12	\$ _____
3 Ingreso no devengado	\$ _____	x12	\$ _____
4 Ingreso mensual	\$ _____	x12	\$ _____
5 INGRESO TOTAL	\$ _____	x12	\$ _____

Cálculo del valor patrimonial en recursos					
6. Valor patrimonial de vehículos (liste) Vehículo 1 _____ Vehículo 2 _____ Vehículo 3 _____	Valor	Cantidad adeudada	Valor patrimonial del vehículo	Menos: parte protegida \$7,500.00	Valor patrimonial ajustado
	\$ _____	\$ _____	\$ _____		\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____		
	\$ _____	\$ _____	\$ _____		
7. Bienes inmuebles (otros inmuebles además de la residencia principal)	Valor	Cantidad adeudada	Valor patrimonial	*****	Valor patrimonial ajustado
	\$ _____	\$ _____	\$ _____		\$ _____
8. Recursos líquidos Cheques \$ _____ Ahorro \$ _____ Bonos \$ _____ Fondos mutualistas \$ _____	Valor	Cantidad adeudada	Valor patrimonial	*****	Valor patrimonial ajustado
	\$ _____	\$ _____	\$ _____		\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____		\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____		\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____		\$ _____
9. Valor patrimonial del negocio	Valor	Cantidad adeudada	Valor patrimonial	\$50,000	Valor patrimonial ajustado
	\$ _____	\$ _____	\$ _____		\$ _____
10. Valor patrimonial total en recursos	Total de recursos				Valor patrimonial ajustado
					\$ _____
11. Menos: deducción por tamaño de la familia	Tamaño de la familia _____ X \$2,500.00			Monto	
	\$ _____				
12. Valor patrimonial en recursos (línea 10 menos línea 11)					Monto
					\$ _____
13. Situación fin familiar total (línea 5 más línea 10 menos línea 11)	Si el monto de la línea 11 es mayor que el de la línea 10, el monto es \$0				Monto
	\$ _____				
14. Menos: deducciones permitidas (guardería, pago de manutención de menores, primas seg médico, etc.)	(Ver la página adjunta)				Monto
					\$ _____
15. Ingresos y recursos netos					Monto
Valor patrimonial (línea 13 menos línea 14)	Gran Total				\$ _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Ability to Pay Rate: _____

CLIENT CO-PAY CAP (Line 15 X 0.10) \$ _____

Effective From: _____ To: _____

OUTSTANDING BALANCE(S) OWED: \$ _____

Payment Arrangements Established: Y / N

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD ES VERDADERA. ENTIENDO QUE *CHILDREN'S HOSPITAL COLORADO* TIENE DERECHO DE RECUPERACIÓN. ESTO SIGNIFICA QUE SI SE DETERMINA QUE TENGO DERECHO A RECLAMAR BENEFICIOS PAGADEROS, POR CUALQUIER TRATAMIENTO QUE ME DEN DURANTE TODO EL TIEMPO QUE SEA ELEGIBLE PARA RECIBIR EL *PROGRAMA DE BENEFICENCIA DE CHILDREN'S HOSPITAL COLORADO*, QUE ESTE PROVEEDOR TIENE DERECHO A SER INCLUIDO EN EL PROCESO DE RECLAMACIÓN.

Nombre del solicitante_____
Firma_____
Fecha_____
Nombre del asesor financiero (en letra de molde)_____
Firma del asesor financiero_____
Fecha

CINTA DE CÁLCULO

HOJA DE TRABAJO 1: INGRESO DEL TRABAJO E INGRESO NO DEVENGADO

Anote todos los ingresos y efectivo de otras fuentes en esta página y adjúntela a la solicitud.

FUENTE DE PAGO	MONTO MENSUAL
Ingreso del trabajo	\$
Beneficios de Pensión por vejez (OAP)	\$
Ingreso suplementario de seguridad (SSI)	\$
Ayuda para los discapacitados necesitados (AND)	\$
Pago(s) y planes de pensiones Fuente: _____ Fuente: _____	\$
Comisiones, bonos y propinas	\$
Pensión alimenticia recibida	\$
Ingreso por rentas	\$
Ganancias monetarias	\$
Fondos en cuentas en fideicomiso	\$
Liquidaciones	\$
Otros Fuente: _____ Fuente: _____	\$
TOTAL	\$
TOTAL (monto mensual) \$ _____ X12 \$ _____ = Ingreso anual	\$ _____

Nombre del solicitante

Firma

Fecha

Nombre del asesor financiero (en letra de molde)

Firma del asesor financiero

Fecha

HOJA DE TRABAJO 2: INGRESO NETO POR TRABAJO INDEPENDIENTE

Anote todos los gastos mensuales relacionados con su negocio en esta página y adjúntela a la solicitud.

GASTO	MONTO MENSUAL
Seguro de la empresa	\$
Mano de obra/Nómina	\$
Mercancía/costo mayorista del inventario	\$
Renta de espacio para el negocio	\$
Intereses sobre hipoteca del negocio	\$
Impuesto sobre la renta y empresarial	\$
Mantenimiento y servicio del equipo	\$
Servicios públicos (Electricidad) \$ _____ (Teléfono) \$ _____ (Calefacción) \$ _____	\$
Equipo	\$
Suministros	\$
Servicios profesionales	\$
Cuotas de educación, licencias y certificaciones	\$
Viajes de trabajo	\$
TOTAL (monto mensual) \$ _____ X12 \$ _____ = Ingreso anual	\$ _____

 Ocupación/Título:

 Nombre del solicitante

 Firma

 Fecha

 Nombre del asesor financiero (en letra de molde)

 Firma del asesor financiero

 Fecha

HOJA DE TRABAJO 4: DEDUCCIONES PERMITIDAS

Anote todas las deducciones permitidas en esta página y adjúntela a la solicitud.

DEDUCCIÓN	MONTO MENSUAL
Guardería infantil/Cuidados diurnos/Preescolar	\$
Pensión alimenticia/Pensión ordenada por un tribunal	\$
Manutención de menores ordenada por un tribunal	\$
Primas del seguro de salud	\$
Cuidado de ancianos	\$
<u>Gastos médicos pagados</u>	
Proveedor: _____ Fecha de pago _____ Cantidad \$ _____	
Proveedor: _____ Fecha de pago _____ Cantidad \$ _____	
Proveedor: _____ Fecha de pago _____ Cantidad \$ _____	
Proveedor: _____ Fecha de pago _____ Cantidad \$ _____	
	\$
Medicamentos mensuales	\$
<u>Gastos médicos pendientes de pago</u>	
Proveedor: _____ Cantidad \$ _____	
Proveedor: _____ Cantidad \$ _____	
Proveedor: _____ Cantidad \$ _____	
Proveedor: _____ Cantidad \$ _____	
	\$
GRAN TOTAL	\$

Nombre del solicitante

Firma

Fecha

Nombre del asesor financiero (en letra de molde)

Firma del asesor financiero

Fecha

**DIRIJA TODAS LAS PREGUNTAS QUE TENGA AL DEPARTAMENTO DE ASESORÍA FINANCIERA, 720-777-7001
LUNES A VIERNES, 8:00 AM A 4:30 PM**

Requisitos de documentación
Se requiere uno de lo siguiente:

Acta de nacimiento ORIGINAL (Copias/faxes no son aceptables)	Certificado de nacimiento en el exterior (Formulario FS-545/DS-1350)
Pasaporte y/o VISA de Estados Unidos	Informe de nacimiento en el exterior de ciudadanía estadounidense (Formulario FS-240)
Acta de naturalización (Formulario N-550/N-570)	Tarjeta de identificación de ciudadano estadounidense (Formulario I-97)

TODOS los documentos relativos a ingresos, ingreso que no proviene del trabajo y, si corresponde, pagos de manutención de menores.

Verificación de ingresos (Se requiere cualquiera de los siguientes documentos sobre la verificación de ingresos para determinar la elegibilidad).	<input type="checkbox"/> Un mes de talones de pago que muestren el ingreso BRUTO. <input type="checkbox"/> Carta del empleador en la que especifique salario por hora, horas trabajadas, frecuencia de pago, pago bruto (antes de impuestos y deducciones) y PROPINAS, si corresponde en la compañía. <input type="checkbox"/> Si no está trabajando, traiga una carta de su empleador anterior en la que indique cuándo fue su último día de empleo.
Trabajo independiente (si corresponde) Deben presentarse TODOS los documentos.	<input type="checkbox"/> Libro mayor de contabilidad o estados de ganancias y pérdidas correspondientes a tres meses que muestren ingresos y gastos pagados. <input type="checkbox"/> Estados de cuenta bancarios de la empresa o negocio correspondientes a tres meses que muestren los depósitos realizados y gastos pagados. (p. ej., 1 de enero - 31 de marzo)
Ingreso no proveniente del trabajo (si corresponde) Cualquiera de los siguientes conceptos relacionados con ingreso no proveniente del trabajo requieren un talón de cheque, documentación de orden judicial, documento legal, etc.	<input type="checkbox"/> Ingreso por discapacidad del Seguro Social (SSDI) <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI) <input type="checkbox"/> Ingreso por supervivencia (SSA) <input type="checkbox"/> Pagos de manutención de menores <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo (carta del seguro de desempleo estatal que indique pago bruto y frecuencia) <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Pensiones <input type="checkbox"/> Otros ingresos no provenientes del trabajo
Verificación de gastos pagados (si corresponde) Se necesita presentar comprobante de pago(s)	<input type="checkbox"/> Pagos efectuados de manutención de menores <input type="checkbox"/> Primas del seguro de salud, seguro dental y seguro óptico
Si usted no trabaja y vive con amigos, parientes, etc., pídale que escriban una carta de apoyo que incluya lo siguiente:	Nombre, dirección, número de teléfono de contacto y el número total de personas que viven en la casa.

Además de los documentos de ciudadanía estadounidense, identidad e ingresos, se puede solicitar que presente los documentos originales que se indican a continuación:

<input type="checkbox"/> Licencia de conducir expedida por el estado (o) tarjeta de identificación expedida por el estado Y <input type="checkbox"/> Tarjeta del Seguro Social de CADA UNO de los solicitantes Y <input type="checkbox"/> Comprobante de residencia en Colorado (p. ej., factura de servicios públicos, estado de cuenta de su préstamo hipotecario, contrato de arrendamiento, etc.) con el nombre y la dirección del solicitante. Si corresponde: <input type="checkbox"/> Estados de cuenta bancarios de todas las cuentas bancarias <input type="checkbox"/> Tarjeta de seguro primario/comprobante de primas de seguro <input type="checkbox"/> Registro (matrícula) del vehículo (proporcione el valor de su vehículo y, si lo está pagando con un crédito, presente un comprobante del saldo insoluto del préstamo de automóvil) <input type="checkbox"/> Separado o divorciado: Documentos del tribunal que especifiquen la separación o divorcio
--

