



Enviar a: Uintah Basin Healthcare
 250 West 300 North
 Roosevelt, Utah 84066
 Fax a: 435.722.6104

Solicitud de Asistencia Financiera

Si necesita ayuda para completar este formulario, solicite hablar con nuestro asesor financiero para pacientes Departamento al 435.725.2060.

Instrucciones para completar este formulario:

Complete este formulario por completo y devuelva toda la documentación requerida a un asesor financiero. Pacientes pueden no recibir asistencia financiera si no completan todo el proceso de solicitud, o si podrían tener calificado para programas como Medicaid, pero optó por no aplicar.

Por favor envíe la siguiente documentación:

1. Copias de su declaración actual de impuestos federales con todos los horarios, incluidos los W-2.
2. Verificación de ingresos familiares (recibos de sueldo) para los dos últimos periodos de pago.

Paciente Nombre Completo:

Nacimiento Fecha:

Fiesta Responsable

Nombre Completo SS# Nacimiento Fecha
 Relación con el Paciente Nombre del Empleador
 Dirección Ciudad Estado Cremallera
 Teléfono de Casa Teléfono Móvil Teléfono del Trabajo
 ¿Cuanto tiempo has vivido en esta dirección? Años Meses

Si tiene menos de 12 meses, indique las direcciones anteriores de los últimos 12 meses:

Dirección	Ciudad	Estado	Cremallera	De (Mes/Año)	Para (Mes/Año)

Nombre del Cónyuge Cónyuge SS# Fecha de Nacimiento del Cónyuge
 Cónyuge Cónyuge Cónyuge
 Teléfono de Casa Teléfono Móvil Teléfono del Trabajo
 Nombre del Empleador del Cónyuge

Miembros Adicionales del Hogar

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

Continúa con esta aplicación en la siguiente página.

Ingreso Mensual Familiar

Tipo	Cantidad
Ingresos por Empleo (Total)	\$
Ingresos por Empleo para Cónyuge (Total)	\$
Pensión / Jubilación, Desempleo, Ingreso por Discapacidad, etc.	\$
Manutención de los Hijos	\$
Becas	\$
Pensión Alimenticia	\$
Otro (Por Favor Enumere las Fuentes):	\$

Pedimos a los pacientes que soliciten ayuda financiera que busquen otros fondos además de UBH Financial Asistencia. Por favor marque "Yes" o "No" para cada uno de los siguientes:

¿Su empleador o su cónyuge ofrecen un seguro de salud grupal?	Sí	No	Si es así, enumere la compañía de seguros:
¿Tiene otros tipos de seguro como Allstate, Aflac, etc.?	Sí	No	Si es así, enumere la compañía de seguros:
¿Tiene una Cuenta de Ahorros para la Salud/Flex?	Sí	No	En caso afirmativo, saldo de lista:
¿Su empleador le reembolsa por cualquier deducible?	Sí	No	
¿Le negaron el Medicaid? Por favor adjunte una copia de la negación de Medicaid.	Sí	No	
¿Ha solicitado programas estatales de asistencia (CHIP, PCN, Víctimas de Crimen, etc.)?	Sí	No	
¿Es usted elegible para COBRA a través de un empleador anterior?	Sí	No	
¿Tiene asistencia familiar o eclesiástica?	Sí	No	

Por la presente declaro que la información aquí dada es verdadera y correcta. Autorizo cualquier requisito verificación, incluyendo un informe de la oficina de crédito. Entiendo que si esta información está determinada a ser falsa o engañosa, yo seré responsable por el pago de los cargos por todos los servicios prestados. Entiendo que esta solicitud de asistencia financiera no puede pertenecer a otros proveedores de atención médica.

Firma Responsable del Partido

Fecha

Lista de verificación de toda la información requerida para completar el proceso de solicitud:

- El frente y la parte posterior de la forma llenaron totalmente.
- Copias de su declaración de impuestos federal actual con todos los horarios, incluyendo W-2S.
- Formulario firmado y fechado.
- Verificación de ingresos familiares (talones de cheques de pago) durante los dos últimos períodos de pago.