



# SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA DEL CONDADO DE GRAND APLICACION PARA RECIBIR AYUDA FINANCIERA

---

**Estimado Paciente:**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Número de Cuenta:** \_\_\_\_\_

El Servicio de Emergencia del Condado de Grand (“EMS” por sus siglas en inglés) está orgulloso de su misión, la cual es proveer asistencia de buena calidad a las personas que lo necesiten las 24 horas del día, los siete días de la semana y los 365 días del año.

EMS del Condado de Grand tiene como objetivo proveer servicios de cuidado médico, los cuales están disponibles para todas las personas sin tener en cuenta la edad, el género, el lugar donde viven, su cultura, su movilidad física o capacidad para pagar.

El gobierno del Condado de Grand sabe que en algunos casos el paciente no puede pagar por los servicios que este recibe. En este caso, se le pedirá al paciente que complete la aplicación que se proporciona a continuación para poder recibir ayuda financiera.

Es importante que usted nos avise si tiene dificultades para pagar su cuenta ya que las leyes federales y estatales piden que EMS trate de que los pacientes paguen sus cuentas. Esto significa que podemos enviar las cuentas no pagadas a una agencia de colección, lo cual puede afectar su crédito.

*Se ofrece Ayuda Financiera a:*

**Pacientes que Pagan con su Propio Dinero**- Un individuo que no tiene seguro médico o cualquier otro Programa de Salud Médica Federal que cobra parte o el total de la cuenta.

**Pacientes con Poco Seguro**- Aquellas personas que tienen seguro médico pero que tienen que pagar más del 30% de las cuentas médicas. Los deducibles o copagos son considerados como pago del seguro médico y no como parte del aquel 30 %.

**Medicaid/ CICP (Programa del Cuidado Indigente de Colorado)**- Pacientes que reciben servicios antes de la fecha efectiva podrán aplicar para recibir Ayuda Financiera.

Si usted tiene preguntas sobre la Aplicación para Recibir Ayuda Financiera póngase en contacto con las Oficinas Administrativas del EMS del Condado de Grand al **970-887-2732**. Si usted habla español, llame a Cecilia al 970-725-3288. Todas sus preguntas e información serán confidenciales.

**Información del Paciente:**

---

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género M F

Dirección donde usted vive \_\_\_\_\_

Dirección donde recibe la correspondencia \_\_\_\_\_

Teléfono de su casa \_\_\_\_\_ Teléfono donde trabaja \_\_\_\_\_ Otro  
teléfono \_\_\_\_\_

Empleador/Patrón \_\_\_\_\_

**Persona Responsable / Información del Tutor Legal (Madre/Padre del Paciente)**

---

Nombre \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección donde usted vive \_\_\_\_\_

Dirección donde recibe la correspondencia \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono donde trabaja \_\_\_\_\_

**Información sobre su Hogar**

---

Número de Personas que Trabajan \_\_\_\_\_

Ingresos Totales \_\_\_\_\_ (mensuales)

**TAMANO DE LA FAMILIA- Familiares que viven en su hogar**

Nombre	Apellido	Edad	Parentesco

**Información sobre los Ingresos**

---

Escriba los ingresos suyos, los de su pareja y los de otras personas que trabajan en el hogar.

	Ingresos de los últimos 3 meses		Ingresos de los últimos 12 meses
Salarios			
Ganancias de personas que trabajan por su cuenta			
Asistencia Pública			
Seguro Social			
Desempleo			
Pensión Alimenticia			
Manutención de los hijos			
Ingresos de Beneficios			
Recursos (Cuentas Bancarias, Inversiones, Préstamos, etc.)			
<b>Total:</b>			

Para poder ayudarlo/a con la aplicación para recibir ayuda financiera, por favor envíe copias de los documentos que usted tenga que se mencionan a continuación

- Formularios del IRS : W-2 o 1099
- Reembolso de Impuestos: Formulario Federal 1040 o País de Ciudadanía
- Últimas 3 declaraciones de Pago o de Beneficios de Empleo ( que se vea la fecha de comienzo)
- Letra de Adjudicación de Seguro Social
- Recibo de la Hipoteca o de la Renta y/o una carta de la persona que paga la hipoteca o la renta
- Declaraciones Recientes del Banco
- Carta que muestra que la persona tiene Medicaid y/o Seguro Médico o Carta de que estos beneficios no han sido aprobados.
- Cualquier otro documento que se describa en esta aplicación (Por ejemplo: Estampillas de Comida, Asistencia Pública, Trabajo independiente)
- **Si usted es un estudiante, envíe copias donde se muestra que usted es un estudiante.**

Si las personas que completan esta aplicación hacen lo posible para conseguir estos documentos pero esa personas no tienen ninguno de los documentos que se mencionan anteriormente o si el paciente no está disponible para proveer estos documentos, el departamento administrativo puede no tener en cuenta cualquier documentación que no se presente con el objetivo de aprobar la aplicación para recibir ayuda financiera. Estos casos deben ser aprobados por el Jefe Administrativo y el de EMS.



