

Gracias por su interés en convertirse en paciente de PrimeHealth+ (PH+). Se le anima a solicitar asistencia financiera, independientemente de su cobertura de seguro.

Los formularios adjuntos son parte del proceso de solicitud para determinar su elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Variable u otros programas de asistencia financiera para los que pueda calificar. Es importante que lea todos los formularios y adjunte los documentos requeridos.

1. **Identificación:** Traiga una forma de identificación para TODOS los miembros del hogar que solicitan servicios. Ejemplos de identificación aprobada: identificación de Colorado, pasaporte, otra identificación estatal, certificado de nacimiento, identificación de su país, identificación escolar, tarjeta de residente permanente.
2. **Ingresos del trabajo:** Traiga cualquiera de los siguientes documentos para todos los miembros de la familia empleados:
 - Comprobante de ingresos de los últimos 30 días (talones de pago)
 - Verificación de ingresos de su empleador
 - Si no tiene ingresos, hable con nuestro Especialista en Asistencia Financiera
 - Autónomos: Un mes de Estado de Pérdidas y Ganancias
3. **Ingresos no derivados del trabajo:** Proporcione copias de estos ingresos no derivados del trabajo si esto se aplica a usted:
 - Desempleo
 - Compensación al Trabajador
 - SSI
 - Beneficios por discapacidad
 - Pensiones/Jubilación
 - Alquileres, Pensión alimenticia
4. **Tarjetas de seguro médico y/o dental:** Proporcione copias del anverso y reverso de las tarjetas.

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud o los documentos solicitados o para hablar con nuestro Especialista en Asistencia Financiera, llame al Especialista en Asistencia Financiera de PrimeHealth+ al 970.200.1647 o 970.200.1654. También puede hacer preguntas o devolver formularios por correo electrónico: Financial.Assistance@PrimeHealthPlus.org. Una vez que se procese su solicitud, nos comunicaremos con usted para informarle si califica para el Programa de Descuento de Tarifa Variable. Le enviaremos su tarjeta por correo. Gracias de nuevo por ponerse en contacto con PrimeHealth+. Esperamos poder servirle a usted y a todas sus necesidades de atención médica.

PrimeHealth+ da la bienvenida a Medicaid, Medicare, Medicare Advantage, Rocky Mountain Health Plans, otros planes comerciales, Delta Dental y pagos por cuenta propia/sin seguro. La elegibilidad para la asistencia financiera se basa en el tamaño de la familia y los ingresos.

Envíe por correo o entregue esta solicitud de Asistencia Financiera en cualquiera de nuestras ubicaciones:

526 29 1/2 Rd., Grand Junction, CO 81504
(El especialista en asistencia financiera está aquí)

2139 N. 12th St., Grand Junction, CO 81501

510 29 1/2 Rd., Grand Junction, CO 81504

87 Merchant Dr., Montrose, CO 81401

| | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| La fecha de hoy: | | Médico de Atención Primaria actual: | | | |
| INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE | | | | | |
| Apellido: | | Nombre de pila (legal) | | Inicial del segundo nombre: | |
| Dirección postal: | | Ciudad: | Estado | CREMALLERA: | |
| Fecha de nacimiento: | Número de Seguro Social | Estado civil | | | |
| | | Soltero | Casado | Divorciado | Viudo Unión civil |
| Sexo: | | Masculino | Femenino | | |
| Teléfono de la casa: | | Teléfono celular: | | Situación laboral: | |
| Empleador: | | Teléfono de trabajo: | | | |
| Carrera (Círculo): | | | | Idioma principal: | |
| Nativo de Alaska | Amerindio | Asiático | Negro/Afroamericano | Origen étnico (Círculo): | Hispanico No hispano |
| Nativo de Hawái | Ileño del Pacífico | Paciente rechazado | | | Prefiero no responder |
| Desconocido | Blanco | Otro_____ | | | |
| Estado de la vivienda: (Círculo): | | Vivienda Pública (Círculo): | | Ubicación (círculo): | |
| No es una persona sin hogar | Sin hogar | No | Sí | Lincoln—Bunting Acantilado de libros | Lincoln—Norte Patio Otro:_____ |
| Nombre en caso de emergencia: | | Relación: | | Teléfono en caso de emergencia: | |
| Farmacia preferida: | | | | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | | | |
| Otras notas: | | | | | |

| Persona responsable del pago | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Apellido: | Nombre: | Inicial del segundo nombre: |
| | | |
| DOB: | Número de Seguro Social: | Relación con el paciente: |
| | | |
| Dirección postal: | | |
| Teléfono de la casa: | | Teléfono celular: |
| Empleador: | | Teléfono de trabajo: |
| | | |
| Seguro | | |
| Tipo de Seguro/Escala Móvil: | | |
| Seguro Primario: | | Número de grupo: |
| Dirección: | | Número de póliza: |
| Nombre del Suscriptor/Asegurado: | Fecha de nacimiento del suscriptor: | Número de Seguro Social del suscriptor: |
| | | |
| Relación con el paciente: | | Empleador suscriptor: |
| | | |

| Miembros del hogar | | | | | | | | |
|---------------------------|----------------------------------|--------------------|-----|----------------|----------|--------------------|------------------|---------------------------|
| | Nombre del miembro de la familia | Seguridad social # | DOB | Hombre o mujer | Relación | Medicaid # o CHP # | ¿Medicare? Sí/No | Nombre del Seguro Privado |
| 1. | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | |

Durante los últimos 24 meses, usted (paciente) o un miembro de su familia:

- ¿Ha sido contratado para realizar trabajos agrícolas? Sí No
- ¿Obtuvo la mayor parte de sus ingresos o empleo del trabajo agrícola? Sí No
- ¿Se mudó temporalmente para realizar trabajos agrícolas? Sí No
- ¿Dejó de trabajar en la agricultura por discapacidad o vejez? Sí No

Estatus de Veterano de los Estados Unidos: ¿Ha completado usted (paciente) el servicio en los Servicios Uniformados de los Estados Unidos? Sí No

Certifico que la información anterior es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender. Autorizo a los representantes de PrimeHealth+ a ponerse en contacto con cualquier persona o agencia necesaria para verificar esta información. Estoy de acuerdo en notificar a PH+ de inmediato sobre cualquier cambio en los miembros del hogar, dirección, teléfono, ingresos, seguro u otra información esencial. Entiendo que debo mostrar mi tarjeta en el momento del servicio según las pautas establecidas por PrimeHealth+ y/o el estado de Colorado. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo y acepto pagar mi tarifa/copago en el momento del servicio.

El abajo firmante da su consentimiento para el uso de la información médica del paciente por parte de PrimeHealth+ para aquellas operaciones de atención médica según se definen en las regulaciones de privacidad de HIPAA (45CFR 164.501) que no estén permitidas por la Ley de Colorado, que incluirán usos como revisión médica, servicios legales, funciones de auditoría, desarrollo de planificación comercial, gestión comercial y actividades administrativas generales. Además, PrimeHealth+ está autorizado a divulgar la información médica del paciente a sus socios comerciales, como contadores, abogados, consultores y otras personas que realizan algunas de las operaciones de atención médica anteriores en nombre de PH+.

 Firma del Cliente/Paciente/Tutor/Representante del Paciente

 Imprimir nombre

 Si está firmado por alguien que no sea el cliente, indique la relación

Nota: Se requerirá que los representantes del cliente proporcionen documentación que explique la autoridad para actuar en nombre del cliente. No procesaremos ninguna solicitud firmada por un representante del cliente si la autoridad para actuar en nombre del cliente no está claramente descrita.

SOLO PARA USO DEL PERSONAL

Código de cuota: _____ FPL %

Firma del Especialista en Elegibilidad:

Fecha: __/__/__

Estado Financiero

INGRESOS: Enumere TODOS los ingresos del hogar por monto MENSUAL BRUTO:

| Fuente de ingresos | Suyo | Esposo | Dependiente(s) |
|--|------|--------|----------------|
| Salario bruto mensual | \$ | \$ | \$ |
| Compensación por desempleo | \$ | \$ | \$ |
| AFDC* | \$ | \$ | \$ |
| Manutención de los hijos | \$ | \$ | \$ |
| Jubilación/Pensión | \$ | \$ | \$ |
| Seguridad social | \$ | \$ | \$ |
| Ingresos alquiler/intereses por | \$ | \$ | \$ |
| Otro | \$ | \$ | \$ |
| INGRESOS TOTALES: *No incluido en el total | \$ | \$ | \$ |

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Informaré de cualquier cambio en mi situación en el plazo de un mes.

Firma: _____ Fecha: _____