



1400 Jackson St. Attn: Financial Counseling Office A102 Denver, CO 80206  
**Phone:** 303-398-1065 **Fax:** 303-270-2471 **Email:** FinancialCounseling@njhealth.org

**SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Solicitante** **SSN** **Fecha de nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente** **SSN** **Fecha de nacimiento**

**Domicilio** \_\_\_\_\_  
**Calle** **Apto. N.º** **Ciudad** **Estado** **Código postal**

**Teléfono particular** \_\_\_\_\_ **Celular** \_\_\_\_\_ **Laboral** \_\_\_\_\_

**Indique los nombres de todos los dependientes del grupo familiar**

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>N.º de Seguro Social</b>

**Empleador del Solicitante/de los Responsables** \_\_\_\_\_

**Empleador del Cónyuge/de la Pareja** \_\_\_\_\_

**Ingreso del Solicitante en los últimos 2 meses**  
**(bruto)**

**Ingreso del Cónyuge/Pareja en los últimos 2 meses**  
**(bruto)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ingreso Total Bruto** \_\_\_\_\_

*Las fuentes de ingresos incluyen lo siguiente: empleo, empleo autónomo, desempleo, seguro por accidentes del trabajo, discapacidad de corto y largo plazo, ingresos por donaciones, Seguro Social, pensión alimentaria, pensión por edad avanzada, planes de pensión, comisiones, propinas, cuentas de fideicomiso, cuentas de CD, ingresos por rentas, ingresos por intereses y cualquier otro ingreso/inversión.*

## **LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS NECESARIOS**

Entregue copias de todos los que correspondan, tanto para el Solicitante como para su Cónyuge/Pareja

- Talones de pago de los 2 últimos meses consecutivos de todos los dependientes mayores de 18 años.
- Declaración de impuestos completa del año anterior o de los años anteriores.
- Aviso de otorgamiento del seguro de desempleo.
- Carta(s) de otorgamiento del ingreso del Seguro Social.
- Libro mayor del empleo autónomo correspondiente a los 2 últimos meses y saldos detallados de las cuentas bancarias comerciales.

*NJH se reserva el derecho de revisar los gastos de vida mensuales para calcular los ingresos por empleo autónomo.*

- Saldos detallados de las cuentas corrientes y las cajas de ahorro.
- Certificados de nacimiento de todos los integrantes de la familia; incluya el comprobante de residencia legal/ciudadanía de todos los certificados de nacimiento fuera de EE.UU.
- Acta de matrimonio/sentencia de divorcio.
- Recibos PAGADOS por gastos médicos/odontológicos correspondientes a los 12 meses anteriores a la fecha de solicitud.
- Acuerdo/declaración de los planes de pago de gastos médicos.
- Debe presentarse la negativa de Medicaid, si se la dieron, cuando corresponda.
- Documentación del valor de los bienes adicionales.
- Documentación de los activos/recursos líquidos (cuentas del mercado de dinero, Certificados de Depósitos, IRA, cuentas de inversión, etc.)

- No podemos garantizarle que calificará para recibir la asistencia financiera, incluso si usted la solicita.
- Una vez que presente su solicitud, podemos verificar toda la información y pedirle información adicional.
- En el curso de 15 a 20 días calendario después de que recibamos su solicitud completa junto con toda la documentación necesaria, le notificaremos si califica para recibir la asistencia.
- No recibir la documentación solicitada en el curso de 30 días a partir de la fecha de solicitud dará lugar a la negativa automática, la cual se le enviará al responsable por correo.
- Los solicitantes tienen hasta 240 días a partir del primer saldo de facturación para solicitar la reconsideración de las solicitudes incompletas. Deberá volver a presentarse toda la documentación necesaria, junto con la información más reciente y actualizada.
- Todos los solicitantes deberán presentarse para la asistencia estatal, federal o local para la cual sean elegibles, de modo de contribuir a pagar las facturas del hospital/médicas.

**Acuerdo del Solicitante:** Certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que National Jewish Health puede verificar la información provista en la solicitud, y autorizo a National Jewish Health para que se contacte con terceros de modo de verificar la veracidad de la información, incluida la revisión de los antecedentes crediticios del solicitante, a los fines de tramitar la solicitud. Comprendo que, si deliberadamente proporciono información falsa en esta solicitud, seré inelegible para la Asistencia Financiera, que se podrá revertir la Asistencia Financiera que me hayan otorgado y que seré responsable de pagar el monto total de la(s) factura(s). Comprendo que National Jewish Health tiene derecho de recuperación. Esto significa que, si se determina que tengo una reclamación por los beneficios que me correspondan por cualquier tratamiento que me administren mientras soy elegible para la Asistencia Financiera de National Jewish Health, National Jewish Health tiene derecho a ser incluido en la tramitación de estas reclamaciones.

---

Firma del Solicitante

---

Fecha

# PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE NATIONAL JEWISH HEALTH

## CALIFICACIÓN FINAL

*Exclusivamente para uso administrativo:*

<b>Total de recursos</b>	\$
<b>Deducción por tamaño del grupo familiar (\$2,500.00 por integrante calificado)</b>	\$
<b>Patrimonio en recursos</b>	\$
<b>Condición financiera total de la familia</b>	\$
<b>Deducciones autorizadas</b>	\$
<b>Condición financiera neta de la familia</b>	\$
<b>Total</b>	\$

Capacidad de pagar el arancel \_\_\_\_\_

Máximo de copago del paciente \_\_\_\_\_

Válido desde: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Comprendo que es mi responsabilidad notificarle a National Jewish Health los cambios en los ingresos o en el grupo familiar que pudieran influir en la calificación de esta solicitud, y que no hacerlo anulará esta solicitud.

Comprendo que tengo 15 días para apelar esta tasa.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del técnico de elegibilidad en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Firma del técnico de elegibilidad y fecha \_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE NATIONAL JEWISH HEALTH**

**Planilla 1: Ingresos por empleo e ingresos no realizados**  
*(Exclusivamente para uso administrativo)*

**FUENTE DE LOS INGRESOS**  
**MONTO**

Ingresos por empleo	\$
Beneficios de pensión por edad avanzada (OAP)/Asistencia a los discapacitados necesitados (AND)	\$
SSI (Ingresos complementarios de la Seguridad Social)	\$
Pago(s) de inversiones y Planes de retiro/pensión Fuente: _____ Fuente: _____ Fuente: _____ Fuente: _____	\$
Comisiones, bonos, donaciones y propinas	\$
Pensiones alimentarias recibidas	\$
Ingresos netos por rentas	\$
Ganancias por tenencia de partidas monetarias	\$
Fondos de cuentas fiduciarias	\$
Conciliaciones	\$
Otros ingresos: (Seguro por accidentes del trabajo, discapacidad a corto/largo plazo, desempleo, etc.) Fuente: _____ Fuente: _____ Fuente: _____ Fuente: _____	\$
<b>TOTAL</b>	\$
<b>TOTAL (monto mensual) \$ _____ x 12 = Ingresos anuales</b>	\$

**RECURSOS LÍQUIDOS/ACTIVOS**

**MONTO**

Cuentas de inversión: Valor total <i>(CD, inversiones, mercado de dinero, planes de seguro vitalicio, IRA, etc.)</i>	\$
Cajas de ahorro/Cuentas corriente	\$
Valor(es) de la propiedad/Patrimonio	\$
Otros:	\$
<b>TOTAL</b>	\$
<b>TOTAL (monto mensual) \$ _____ x 12 = Ingresos anuales</b>	\$

\_\_\_\_\_  
Nombre del Asesor Financiero en letras de imprenta      Firma del Asesor Financiero

\_\_\_\_\_  
Fecha

# PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE NATIONAL JEWISH HEALTH

## Planilla 2: Ingresos netos por trabajo autónomo (Exclusivamente para uso administrativo)

**OCUPACIÓN/TIPO DE EMPRESA:** \_\_\_\_\_

### FACTURACIÓN

**ANUAL**

<b>Depósitos comerciales brutos</b>	<b>\$</b> _____
-------------------------------------	-----------------

### GASTOS

**MENSUALES**

<b>Seguros comerciales</b>	<b>\$</b> _____
<b>Mano de obra/Nómina</b>	<b>\$</b> _____
<b>Mercadería/Costo mayorista del inventario</b>	<b>\$</b> _____
<b>Alquiler del espacio comercial</b>	<b>\$</b> _____
<b>Intereses sobre la hipoteca comercial</b>	<b>\$</b> _____
<b>Impuestos comerciales y a las ganancias</b>	<b>\$</b> _____
<b>Actualización y mantenimiento de equipos</b>	<b>\$</b> _____
<b>Servicios públicos</b>	
Electricidad \$ _____	
Teléfono/Datos \$ _____	
Calefacción \$ _____	<b>\$</b> _____
<b>Equipos</b>	<b>\$</b> _____
<b>Suministros</b>	<b>\$</b> _____
<b>Servicios profesionales</b>	<b>\$</b> _____
<b>Educación, licencias y aranceles por certificación</b>	<b>\$</b> _____
<b>Viajes por motivos comerciales</b>	<b>\$</b> _____
<b>Otros:</b>	
<b>TOTAL DE GASTOS:</b>	<b>\$</b> _____
<b>TOTAL DE INGRESOS NETOS (\$ _____ x 12 = Total anual)</b>	<b>\$</b> _____

\_\_\_\_\_  
Nombre del Asesor Financiero en letras de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del Asesor Financiero

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE NATIONAL JEWISH HEALTH**

**Planilla 3: Deducciones autorizadas**  
*(Exclusivamente para uso administrativo)*

<b>DEDUCCIÓN</b>	<b>MENSUAL</b>
Cuidados de niños/Guardería/Preescolar	\$
Pensión alimentaria/Pensión dictaminada por un juzgado	\$
Manutención de niños dictaminada por un juzgado	\$
Primas de seguros médicos	\$
Cuidados de personas mayores	\$
Gastos médicos pagados	
Proveedor: _____ Fecha de pago: _____ Monto:\$ _____	
Proveedor: _____ Fecha de pago: _____ Monto:\$ _____	
Proveedor: _____ Fecha de pago: _____ Monto:\$ _____	
Proveedor: _____ Fecha de pago: _____ Monto:\$ _____	
Proveedor: _____ Fecha de pago: _____ Monto:\$ _____	\$
Plan de pagos mensuales documentado: (saldo total impago)	\$
Recetas mensuales	\$
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>

\_\_\_\_\_  
Nombre del Asesor Financiero en letras de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del Asesor Financiero

\_\_\_\_\_  
Fecha