



Aplicación Financiera de Asistencia

Hospital St. Vincent & Clínica Médica de St. Vincent

Por favor complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en la Clínica Médica/ Hospital de St. Vincent de Leadville, por un año calendario a partir de la fecha de emisión. La oficina de negocios puede proporcionarle más detalles. Comuníquese con la oficina de negocios al 719-486-0230 para hacer una cita con nuestro coordinador de elegibilidad.

Por favor provee la siguiente información:

Empleado	Empleado por su propia cuenta
<ul style="list-style-type: none"> • Declaraciones de Impuestos del año pasado o • 2 talones recientes de cheque del trabajo del último mes del paciente o del esposo(a) o • Comprobante del banco de 1 mes que muestre ingresos • Prueba de ID del paciente/guardián <p>Escoger 1 de este grupo: Pasaporte, ID Estado, ID Federal o ID de otro país con foto, Tarjeta de Residente, ID de la Escuela, Tarjeta de Medicaid o CHP+</p> <p>Y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segundo Forma de ID <p>Escoger 1 de este grupo: Tarjeta del Seguro Social, Certificado de Nacimiento, Visa, Recibo de Renta, Recibos de Utilidades, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un mes de depósito bancario ingreso bruto. • Año a la fecha de ganancias y pérdidas declaraciones o libros de negocios. • Declaraciones de Impuestos del año pasado.

**Si usted está sin hogar por favor pedir de hablar con una Coordinadora de Elegibilidad.
Por favor Proporcionar prueba de ingreso del trabajo si corresponde.**

- Desempleo
- Compensación Laboral
- Seguro Social o Suplementarios
- Seguridad SSI
- Asistencia Publica
- Beneficios de Veteranos
- Beneficios por incapacidad
- Pensión o Jubilación
- Interés o Dividendos
- Renta, Regalías y propiedades y fidecomisos
- Ayuda Alimenticia
- Beneficios para sobrevivientes

INGRESO:

Miembros del Hogar	Ingreso Hogar (complete una columna)		
	Anual	Mensual	Cada 2 semanas
Mismo(a)			
Esposo(a)			
Dependientes menores de 18 años			
Total:			

Fuente	Mismo(a)	Esposo(a)	Otro	Total
Ingreso bruto, salario, tips, etc.				
Seguro social, pensión, anualidad, y beneficios de veterano				
Ayuda alimenticia, soporte de los niños, familia militar asignaciones				
Ingreso de negocio de su propia cuenta, y dependientes				
Renta, Interes, y otro ingreso				
Total Ingreso				

Nota: Incluya todo ingreso de todas las fuentes incluyendo ingreso bruto, tips, Seguro social, discapacidad, pensión, anualidad, beneficios de veteranos, total del negocio o trabajo por su propia cuenta, ayuda alimenticia, soporte del niño, militar, desempleo y asistencia pública.

Número de personas que viven en su hogar: _____

HOGAR:

Nombre del jefe de la Familia	Lugar de Trabajo			
Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
Seguro Medico	Seguro Social			

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
Mismo(a)		Dependiente (menor de 18 años)	
Esposo(a)		Dependiente (menor de 18 años)	
Dependiente (menor de 18 años)		Dependiente (menor de 18 años)	
Dependiente (menor de 18 años)		Dependiente (menor de 18 años)	

Si necesita más agregar más por favor escribir nombres y fechas de Nacimiento abajo, gracias.

Yo certifico que la información del tamaño de la familia y el ingreso está correcta. Copias de la declaración de impuestos, talones del trabajo, y otra información será verificada antes de que se apruebe un descuento

Nombre (Letras de Molde) _____

Fecha _____

Firma _____

2019 Guía de Pobreza Federal

Los mercados federalmente facilitados usarán la Guía del 2018 para determinar la elegibilidad para Medicaid y CHIP.

# of Persons in Household	2020 Federal Poverty Level for the 48 Contiguous States (Annual Income)						
	100%	133%	138%	150%	200%	300%	400%
1	\$12,760	\$16,971	\$17,609	\$19,140	\$25,520	\$38,280	\$51,040
2	\$17,240	\$22,929	\$23,791	\$25,860	\$34,480	\$51,720	\$68,960
3	\$21,720	\$28,888	\$29,974	\$32,580	\$43,440	\$65,160	\$86,880
4	\$26,200	\$34,846	\$36,156	\$39,300	\$52,400	\$78,600	\$104,800
5	\$30,680	\$40,804	\$42,338	\$46,020	\$61,360	\$92,040	\$122,720
6	\$35,160	\$46,763	\$48,521	\$52,740	\$70,320	\$105,480	\$140,640
7	\$39,640	\$52,721	\$54,703	\$59,460	\$79,280	\$118,920	\$158,560
8	\$44,120	\$58,680	\$60,886	\$66,180	\$88,240	\$132,360	\$176,480
Add \$4,480 for each person in household over 8 persons							

ADJUSTED FEDERAL POVERTY LEVEL	PATIENT RESPONSIBILITY (INPATIENT, OBSERVATION)	PATIENT RESPONSIBILITY (OUTPATIENT RECURRING, PHYSICIAN SERVICES, PHYSICAL THERAPY)	PATIENT RESPONSIBILITY (EMERGENCY)	PATIENT RESPONSIBILITY (LAB, RADIOLOGY, Screenings/Diagnostic)	ADJUSTMENT
0–150%	0% of charges	0% of charges	0% of charges	0% of charges	100%
151–299%	20% of charges	20% of charges	20% of charges	20% of charges	80%
300–399%	30% of charges	30% of charges	30% of charges	30% of charges	70%

Card to be laminated by issuer:

 St. Vincent Hospital	
Financial Assistance Verification Card - SVGHD Leadville, CO	
Patient/Guarantor Name:	
Eligible Dependent Names:	Expiration Date: (one year from issue)
Issuer Initials:	