

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**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 |
| * Declaraciones de Impuestos del año pasado ***o*** * 2 talones recientes de cheque del trabajo del último mes del paciente o del esposo(a) ***o*** * Comprovante del banco de 1 mes que muestre ingresos * Prueba de ID del paciente/guardián   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+  Y   * Segundo Forma de ID   Escoger 1 de este grupo:  Tarjeta del Seguro Social, Certificado de Nacimiento, Visa, Recibo de Renta, Recibos de Utilidades, etc. | * 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.**

* DesempleoBeneficios por incapacidad
* Compensación Laboral Pensión o Jubilación
* Seguro Social o Suplementarios Interés o Dividendos
* Seguridad SSI Renta, Regalías y propiedades y fidecomisos
* Asistencia Publica Ayuda Alimenticia
* Beneficios de Veteranos 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, suporte 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, suporte 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIRECTRICES DE POBREZA PARA 2023 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA**

Los mercados facilitados por el gobierno federal utilizarán las pautas de 2023 para determinar la elegibilidad para Medicaid.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| número de personas en el hogar | 100% | 133% | 138% | 150% | 200% | 300% | 400% |
| 1 | $ 14,580 | $ 19,391 | $ 20,120 | $ 21,870 | $ 29,160 | $ 43,740 | $ 58,320 |
| 2 | $ 19,720 | $ 26,228 | $ 27,214 | $ 29,580 | $ 39,440 | $ 59,160 | $ 78,880 |
| 3 | $ 24,860 | $ 33,064 | $ 34,307 | $ 37,290 | $ 49,720 | $ 74,580 | $ 99,440 |
| 4 | $ 30,000 | $ 39,900 | $ 41,400 | $ 45,000 | $ 60,000 | $ 90,000 | $ 120,000 |
| 5 | $ 35,140 | $ 46,736 | $ 48,493 | $ 52,710 | $ 70,280 | $ 105,420 | $ 140,560 |
| 6 | $ 40,280 | $ 53,572 | $ 55,586 | $ 60,420 | $ 80,560 | $ 120,840 | $ 161,120 |
| 7 | $ 45,420 | $ 60,409 | $ 62,680 | $ 68,130 | $ 90,840 | $ 136,260 | $ 181,680 |
| 8 | $ 50,560 | $ 67,245 | $ 69,773 | $ 75,840 | $ 101,120 | $ 151,680 | $ 202,240 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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% |