

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

**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% |