



# Solicitud de subsidio de atención médica

1401 W. 5<sup>th</sup> Street

Sheridan, Wyoming 82801

(307) 672-1000

Nombre: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Otro adulto: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente fiscal: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente fiscal: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente fiscal: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección (Calle): \_\_\_\_\_ (dirección postal): \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Tiempo viviendo en esta residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Texto: S / N Teléfono del cónyuge: \_\_\_\_\_ Texto: S / N

Seguro:  Sí  No Tipo de seguro:  Del trabajo  Mercado de seguros  Medicaid  Medicare

Costo compartido  Otro: \_\_\_\_\_ *Personas cubiertas:* \_\_\_\_\_

*Aseguradora:* \_\_\_\_\_ *Identificación del miembro:* \_\_\_\_\_ *Grupo:* \_\_\_\_\_

Situación laboral:  Empleado  Desempleado  Jubilado Último día de trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Medio tiempo  De temporada/temporal Fechas de inicio y finalización: \_\_\_\_\_

• Ingresos brutos: \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_ Tarifa de pago: \_\_\_\_\_ Frecuencia de pago: \_\_\_\_\_

Situación laboral de otro adulto:  Empleado  Desempleado  Jubilado Último día de trabajo: \_\_\_\_\_

Otro empleador del adulto: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Medio tiempo  De temporada/temporal Fechas de inicio y finalización: \_\_\_\_\_

• Ingresos brutos: \_\_\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_ Tarifa de pago: \_\_\_\_\_ Frecuencia de pago: \_\_\_\_\_

Indemnización por accidentes laborales o desempleo: Sí/No Monto: \_\_\_\_\_ Fechas de cobertura: del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Dividendos o cuenta fiduciaria: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Pensión alimenticia o manutención de menores: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Cuenta 401K, de pensión o IRA: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Otras fuentes de ingresos: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_



## Solicitud de subsidio de atención médica

1401 W. 5<sup>th</sup> Street

Sheridan, Wyoming 82801

(307) 672-1000

Indique sus gastos mensuales. Deberá aportar los documentos de cada gasto que se considerará.

Alquiler o hipoteca:		Electricidad o gas:	
Seguro de hogar incluido:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Agua y alcantarillado:	
Seguro de hogar o inquilino:		Internet:	
Propano:		Manutención de menores:	
Aseo urbano:		Seguro vehicular:	
Teléfono:		Facturas médicas externas:	
Pagos del carro:		Crédito estudiantil:	
Seguro médico:		Otro:	

Detalle sus activos a continuación. Los activos son propiedades o cuentas que les pertenecen a usted y/o a su hogar. Tenga en cuenta que es posible que se le pida información adicional.

Tipo	Sí	No	Titular	Valor estimado	Descripción y dirección
Ganado y cultivos					
401 K, IRA o pensión					
Certificado de depósito, acciones, bonos					
Fideicomiso					
Cuenta de ahorros para la salud					
Recaudación de fondos médicos					

Explique por qué necesita un subsidio. Si se necesita espacio adicional, puede adjuntar una carta.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



# Solicitud de subsidio de atención médica

1401 W. 5<sup>th</sup> Street

Sheridan, Wyoming 82801

(307) 672-1000

Otros documentos:

- Carta de denegación de Medicaid o carta de inelegibilidad para recibir el crédito fiscal del mercado de seguros
- Carta de negación de SSI, SSDI, desempleo, indemnización por accidentes laborales, etc.
- Carta de que no percibe ingresos: declaración de que no percibe ingresos, el motivo y explicación de cómo se pagan los gastos de manutención. Si otro miembro del hogar cubre sus gastos, debe presentar la información de sus ingresos.
- Si no tiene comprobante de gastos o vive con familiares o amigos, debe presentar una carta de certificación firmada y fechada por la persona que cubre los gastos del hogar. La carta debe detallar el arreglo y los gastos cubiertos.
- Documentos de activos, tales como el último estado de cuenta de una cuenta de ahorros para salud o cuentas de recaudación de fondos médicos.
- Documentos alternativos: \_\_\_\_\_

Otros documentos de respaldo:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Recibo de alquiler o estado de cuenta hipotecaria | <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos                 |
| <input type="checkbox"/> Estado de cuenta del seguro de hogar              | <input type="checkbox"/> Pago del carro                           |
| <input type="checkbox"/> Estado de cuenta de electricidad y gas            | <input type="checkbox"/> Seguro vehicular                         |
| <input type="checkbox"/> Recibo de propano                                 | <input type="checkbox"/> Seguro médico                            |
| <input type="checkbox"/> Agua, alcantarillado, aseo urbano                 | <input type="checkbox"/> Facturas médicas externas                |
| <input type="checkbox"/> Teléfono  | <input type="checkbox"/> Estado de cuenta del crédito estudiantil |
| <input type="checkbox"/> Internet  | <input type="checkbox"/> Otros estados de cuenta de gastos        |

**Deberá presentar toda la documentación y las solicitudes adicionales 30 días después de la fecha de esta solicitud.**

La información presentada para esta solicitud está completa y es correcta a mi leal saber y entender. Por medio la presente autorizo a Sheridan Memorial Hospital para verificar toda la información presentada y mis antecedentes laborales, obtener un informe crediticio y recopilar otra información que pueda necesitar para procesar esta solicitud. Entiendo que si omito ingresos o activos se descalificará a mi hogar para recibir el subsidio de atención médica. Solicitaré y mantendré las opciones de cobertura de terceros para las que califique, entre las que se incluyen Medicare, Medicaid, seguro médico del trabajo o del mercado de seguros, programas de subvenciones, entre otros. Entiendo que no hacerlo se podrá cancelar mi aprobación. Entiendo, además, que si se me otorga el subsidio, deberé pagar mi parte de los gastos en su totalidad en un plazo de 60 días contados a partir de la fecha de aprobación de mi solicitud. Entiendo que si no cumplo con mi obligación económica, quedará anulada mi aprobación. Solo los servicios que se consideren médicamente necesarios según la política del programa calificarán para el subsidio de atención médica. Acepto cumplir con todos los requisitos de la política; de no hacerlo, se me podrá cancelar el subsidio. Si por cualquier motivo se cancela mi aprobación, se remitirán todos los saldos vencidos a una agencia de cobranzas y pasarán a ser mi obligación.

\*\* Reconozco que leí la política del programa y la acepto. (Escriba sus iniciales aquí) \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Solo para uso de la oficina**

**Posiblemente califica para:** \_\_\_ LINK \_\_\_ Programa de cáncer de Wyoming \_\_\_ Medicaid \_\_\_ Exención de Medicaid \_\_\_ Mercado de seguros \_\_\_

Ayuda adicional de Medicare \_\_\_ SNAP \_\_\_ LIEAP \_\_\_ POWER \_\_\_ MAP \_\_\_ Fuera de PAP \_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

Defensor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

[A] Solicitado [P] Solicitud completada [E] Inscrito [D] Denegado [X] No califica