



**Solicitud para el SLV Health Charity Care Program [Programa de atención benéfica de SLV]**

N.º de identificación de visita a SLV Health \_\_\_\_\_

**Es política San Luis Valley Health prestar servicios esenciales, independientemente de la habilidad de pagar del paciente. Se ofrecen descuentos basados en el tamaño de la familia/presupuesto del hogar e ingresos anuales.**

**Una solicitud por hogar.**

**Los servicios de otros proveedores, tales como proveedores externos, patólogos y radiólogos no están incluidos en los cargos o descuentos del SLVH.**

**Esto no se considera un seguro y no se puede utilizar junto con ningún otro seguro médico.**

**Este formulario debe llenarse cada 12 meses, o si su situación financiera cambia.**

**Llene la siguiente información y entréguesela a un asesor financiero para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para la ayuda financiera.**

Número de personas con parentesco en el hogar que se declaran en los impuestos (taxes):

\_\_\_\_\_

Miembro del hogar	Ingresos del hogar ( <b>llene <u>una</u> columna</b> )		
	Anual	Mensual	Quincenal
Usted			
Cónyuge			
Otros			
<b>TOTAL</b>			

Certifico que el tamaño de la familia y la información de mis ingresos anteriores son correctos. Se requiere de copias de declaraciones de impuestos, recibos de pago u otra información que evidencie los ingresos antes de que se apruebe un descuento.

Escriba el nombre de paciente con letra de molde

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

Fecha de nacimiento

Fecha

Detalle todos los nombres y las fechas de nacimiento de cada miembro del hogar:

Nombre

Fecha de nacimiento

Otros seguros

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_