

SOLICITANTE PRINCIPAL			
APELLIDO (letra imprenta)		NOMBRE (letra imprenta)	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN		CIUDAD	
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente)		CIUDAD	
MI NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO		<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje	
ESTADO		CÓDIGO POSTAL	

CÓNYUGE/PAREJA/MIEMBRO DE LA FAMILIA			
APELLIDO/NOMBRE (imprensa)		FECHA DE NACIMIENTO	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		RELACIÓN CON EL SOLICITANTE PRINCIPAL	
DIRECCIÓN		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Miembro de la familia	
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente)		CIUDAD	
ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
MI NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO		<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje	

NIÑOS A CARGO QUE VIVEN EN LA CASA			
APELLIDO/NOMBRE (imprensa)		FECHA DE NACIMIENTO	
APELLIDO/NOMBRE (imprensa)		FECHA DE NACIMIENTO	
APELLIDO/NOMBRE (imprensa)		FECHA DE NACIMIENTO	

Puede enviar información adicional, como otros empleos, personas a cargo, activos o pasivos en una hoja separada junto a este formulario.

PREGUNTAS SOBRE LA COBERTURA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL* es posible que se solicite una carta de un empleador	
Revise y complete todas las preguntas. Seleccione todas las casillas que correspondan <input type="checkbox"/> Mi empleador ofrece seguro de salud y tengo cobertura de ese plan. <input type="checkbox"/> El empleador de mi cónyuge/pareja ofrece seguro de salud y tengo cobertura de ese plan. Mi empleador o el empleador de mi cónyuge/pareja <input type="radio"/> * NO ofrece cobertura de seguro de salud. <input type="radio"/> * ofrece cobertura de seguro de salud pero no soy elegible. (Indique por qué: _____) <input type="radio"/> el empleador ofrece cobertura de seguro de salud pero no me inscribí. (Indique por qué: _____)	
En la actualidad, ¿es usted elegible para los beneficios COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se postuló para las opciones del Mercado de Seguros de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted elegible para recibir los beneficios de salud de la Veterans Administration (Administración de Veteranos de guerra)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted elegible para asistencia médica a través de Indian Health Services (Servicios de salud de Indian)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se postuló para Medicaid estatal?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién es elegible para SD Medicaid? Usted debe cumplir con los criterios de elegibilidad del programa. Puede calificar si es: <ul style="list-style-type: none"> • un adulto con bajos ingresos y niños a cargo • una mujer embarazada

PREGUNTAS SOBRE LA COBERTURA DEL CÓNYUGE/ LA PAREJA * es posible que se solicite una carta de un empleador	
Revise y complete todas las preguntas. Seleccione todas las casillas que correspondan <input type="checkbox"/> Mi empleador ofrece seguro de salud y tengo cobertura de ese plan. <input type="checkbox"/> El empleador de mi cónyuge/pareja ofrece seguro de salud y tengo cobertura de ese plan. Mi empleador o el empleador de mi cónyuge/pareja <input type="radio"/> * NO ofrece cobertura de seguro de salud. <input type="radio"/> * ofrece cobertura de seguro de salud pero no soy elegible. (Indique por qué: _____) <input type="radio"/> el empleador ofrece cobertura de seguro de salud pero no me inscribí. (Indique por qué: _____)	
En la actualidad, ¿es usted elegible para los beneficios COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se postuló para las opciones del Mercado de Seguros de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted elegible para recibir los beneficios de salud de la Veterans Administration (Administración de Veteranos de guerra)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted elegible para asistencia médica a través de Indian Health Services (Servicios de salud de Indian)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se postuló para Medicaid estatal?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién es elegible para SD Medicaid? Usted debe cumplir con los criterios de elegibilidad del programa. Puede calificar si es: <ul style="list-style-type: none"> • un adulto con bajos ingresos y niños a cargo • una mujer embarazada

DECLARACIONES DEL/DE LOS CANDIDATOS

Afirmo/Afirmamos que la información proporcionada a Monument Health es verdadera y correcta a mi/nuestro leal saber y entender. Afirmo/Afirmamos que no he(amos) omitido ninguna información que pueda ser necesaria para completar la revisión de la solicitud de asistencia financiera. Autorizo/Autorizamos a Monument Health a comunicarse a los números anteriormente mencionados. Autorizo/Autorizamos a Monument Health para que verifique parte o toda la información proporcionada y, de ser necesario, para que obtenga un informe de crédito al consumidor.

Firma del solicitante principal: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma del cónyuge/la pareja: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Se solicita acompañar la solicitud con evidencia documentada de todos los ingresos:

INFORMACIÓN DE INGRESOS DE EMPLEO DE LA FAMILIA Se necesitan documentos de apoyo: Comprobantes de pago actuales y consecutivos de los últimos 3 meses

NOMBRE DEL EMPLEADOR EN IMPRENTA (parte responsable)	CIUDAD	TELÉFONO DEL TRABAJO	INGRESOS BRUTOS* MENSUALES
NOMBRE DEL EMPLEADOR EN IMPRENTA (cónyuge/pareja)	CIUDAD	TELÉFONO DEL TRABAJO	INGRESOS BRUTOS* MENSUALES

* Bruto = antes de impuestos o desgravaciones

- Soy dependiente declarado de otra parte (debe proporcionar la declaración tributaria federal más reciente del solicitante)
- Soy autónomo Parte responsable Cónyuge/pareja (debe proporcionar la declaración tributaria federal más reciente, tanto de trabajo como personal)

OTRAS FUENTES DE INGRESO DE LA FAMILIA

Debe proporcionar copias de todos los documentos de apoyo

FUENTE:	MENSUAL \$
Desempleo	\$
Compensación de trabajadores	\$
Ingresos por seguridad social o por seguridad social de discapacidad	\$
Beneficios a veteranos de guerra	\$
Pensión alimenticia	\$
Manutención infantil	\$
TANF / SNAP / WIC (programas del gobierno)	\$
Subsidio de vivienda pública	\$
Asistencia para servicios públicos/asistencia para gastos de energía	\$
TOTAL MENSUAL:	\$

FUENTE:	MENSUAL \$
Jubilado Ferroviario	\$
Pensión o jubilación	\$
Dividendos e intereses	\$
Inversiones/distribución del plan de pensiones	\$
Propiedades y fideicomisos	\$
Pagos de seguros y renta vitalicia	\$
Premios, acuerdos, fallos legales o benéficos	\$
Préstamos, becas, estipendio para estudiantes	\$
Arrendamientos y cánones	\$
TOTAL MENSUAL:	\$

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Dinero en efectivo/en el banco/en ahorros	\$
CD/inversiones/acciones y bonos (precio de mercado)	\$
Cuentas de fondos de pensiones	\$
Dinero en efectivo por seguro o valor de préstamo	\$
Casa: valor estimado del mercado	\$
Vehículo principal. Año: Modelo:	\$
Otro vehículo. Año: Modelo:	\$
Otro vehículo. Año: Modelo:	\$
Propiedad en alquiler. Dirección:	\$
Propiedad comercial. Dirección:	\$
Otras propiedades/tierras. Cantidad de acres:	\$
Otros activos. Tipo:	\$
Otros activos. Tipo:	\$
Otros activos. Tipo:	\$
VALOR TOTAL DE LOS ACTIVOS	\$

INFORMACIÓN DE PASIVOS

Pago/alquiler de una casa <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Propio	\$
Préstamo para vehículo. Modelo:	\$
Préstamo para vehículo. Modelo:	\$
Otro préstamo. Descripción:	\$
Otro préstamo. Descripción:	\$
Otro préstamo. Descripción:	\$
Manutención infantil	\$
Cuidado infantil	\$
Tarjeta de crédito	\$
Tarjeta de crédito	\$
Otro:	\$
Otro:	\$
Otro:	\$
Otro:	\$
TOTAL DE LOS PASIVOS:	\$

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

- La información personal está completa para todos los solicitantes **Y** la información de las personas a cargo está completa.
- La entrevista de seguro está completa para todos los solicitantes.
- Cuando aparezca un *, significa que se incluyó una 'Carta explicativa' con membrete de la empresa **Y** que incluye un nombre y número de teléfono para verificar.
- La información de empleo está completa para todos los solicitantes **Y** se incluyeron comprobantes de pago actuales y consecutivos de los últimos 3 meses.
- Si es trabajador autónomo, proporcionó la declaración tributaria federal más reciente, incluidas las declaraciones complementarias C, E y F.
- Si es dependiente declarado de otra persona, proporcionó una copia de la declaración tributaria federal más reciente del solicitante.
- Se incluyeron pruebas de cada una de las fuentes de ingreso de la familia.
- Si otra parte le ofrece su apoyo económico, completó correctamente la 'Carta de reconocimiento de ayuda económica.'

CARTA/RECONOCIMIENTO DE AYUDA ECONÓMICA DEL SOLICITANTE

Yo, (nombre en imprenta) _____ certifico que estoy proporcionando al/a los solicitante(s) la siguiente ayuda económica todos los meses: Casa/refugio Comida

Estipendio financiero por el monto de \$ _____ todos los meses. Le(s) ofrezco este apoyo porque el/los solicitante(s) sufrió/sufrieron una situación médica a corto plazo desempleo a corto plazo un traslado reciente. Le(s) ofrezco este apoyo desde hace ____ meses. Comprendo que mi firma no me hace responsable de sus deudas. Certifico que esta información que proporcioné es verdadera. Por lo tanto, autorizo a Monument Health a comunicarse conmigo llamando al número de teléfono que se encuentra a continuación para verificar la información que proporcioné.

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Número de teléfono: _____

Lleve este formulario a cualquier área de registro de pacientes de Monument Health o envíe por correo postal todos los documentos al apartado de correos 6000, Rapid City, SD 57709.