

<b>SOLICITANTE PRINCIPAL</b>			
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	

<b>CÓNYUGE/PAREJA/MIEMBRO DE LA FAMILIA</b>			
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	
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	
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente)		CIUDAD	

<b>NIÑOS A CARGO QUE VIVEN EN LA CASA</b>			
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

Mi empleador ofrece seguro de salud y tengo cobertura de ese plan.

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**

\* NO ofrece cobertura de seguro de salud.

\* ofrece cobertura de seguro de salud pero no soy elegible. (Indique por qué: \_\_\_\_\_)

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	<p><b>¿Quién es elegible para SD Medicaid?</b></p> Usted debe cumplir con los criterios de elegibilidad del programa. Puede calificar si es:
---	---

- 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

Mi empleador ofrece seguro de salud y tengo cobertura de ese plan.

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**

\* NO ofrece cobertura de seguro de salud.

\* ofrece cobertura de seguro de salud pero no soy elegible. (Indique por qué: \_\_\_\_\_)

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	<p><b>¿Quién es elegible para SD Medicaid?</b></p> Usted debe cumplir con los criterios de elegibilidad del programa. Puede calificar si es:
---	---

- 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	\$
<b>TOTAL MENSUAL:</b>	<b>\$</b>

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	\$
<b>TOTAL MENSUAL:</b>	<b>\$</b>

**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:	\$
<b>VALOR TOTAL DE LOS ACTIVOS</b>	<b>\$</b>

**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:	\$
<b>TOTAL DE LOS PASIVOS:</b>	<b>\$</b>

**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.