



Estimado paciente de Cheyenne Regional:

Le enviamos esta solicitud de ayuda económica porque no tiene seguro médico o no tiene uno que cubra los servicios de hospitalización que recibió en Cheyenne Regional Medical Center o los servicios clínicos que recibió a través de Cheyenne Regional Medical Group. Los asesores económicos colaborarán con usted para encontrar una opción de seguro médico que cubra sus necesidades médicas. Las opciones de seguro médico incluyen, entre otras, cobertura provista por el empleador, Medicaid, Medicare, Mercado de Seguros Médicos (Marketplace) y COBRA. También podría ser candidato para recibir beneficios por discapacidad a través de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration). El área de servicio para la ayuda económica es el condado de Laramie. Antes de recibir ayuda económica, deberá inscribirse en la opción de cobertura de seguro médico disponible para usted o presentar un reclamo por discapacidad.

Si sus ingresos están entre el 100 y el 400 % del nivel federal de pobreza, puede ser elegible para recibir asistencia con los costos médicos a través del Mercado de Seguros Médicos (Marketplace) para su seguro médico. Si es elegible para el Mercado de Seguros Médicos, deberá solicitar un seguro médico, inscribirse y pagar el costo de la prima. La inscripción para el Mercado de Seguros Médicos estará abierta desde el 1 de noviembre de 2021 hasta el 15 de diciembre de 2021. Si cumple los requisitos de elegibilidad para el Mercado de Seguros Médicos, pero la inscripción no está abierta, los asesores hablarán con usted para determinar si cumple los requisitos para un período de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP). Si cumple los requisitos, deberá enviar la solicitud e inscribirse. Si no es elegible para el período de inscripción especial y se le aprueba la ayuda económica,, su ayuda económica terminará el 31 de octubre de 2021, o antes. Luego, tendrá que completar una solicitud de seguro médico para el Mercado de Seguros Médicos durante el período de inscripción abierta y pagar la prima del primer mes para extender la ayuda económica después de esa fecha.

Si es elegible para la cobertura del seguro médico provista por el empleador, su ayuda económica terminará un día antes del período de inscripción abierta con su empleador.

Tenga en cuenta que la responsabilidad del paciente sobre copagos, coseguros o deducibles no es elegible para descuentos de ayuda económica.

Atentamente,

Asesoría Financiera de Cheyenne Regional

Entiendo que debo solicitar toda la cobertura de seguro médico y los beneficios de discapacidad que me correspondan según lo determine el asesor económico antes de poder ser elegible para recibir la ayuda económica de Cheyenne Regional . Entiendo que Cheyenne Regional no ofrece seguro médico y solo puede dar ayuda económica para ayudarme a pagar las facturas médicas por un período limitado antes de que me pidan que envíe una solicitud nueva. Entiendo que el área de servicio es el condado de Laramie y que no recibiré un descuento en los gastos de bolsillo de los que soy responsable como resultado de los copagos, el coseguro o los deducibles de mi plan de seguro médico.

_____	_____	_____
Nombre del paciente	Firma del paciente	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del asesor económico	Firma del asesor económico	Fecha

Revisado el 5/6/2021



Solicitud de ayuda económica

Cheyenne Regional atiende a los pacientes sin importar su capacidad de pago ni el estado de su cobertura del seguro. La ayuda económica se pide a Cheyenne Regional Medical Center y a Cheyenne Regional Medical Group. Usted podría ser elegible para recibir atención a un costo reducido a través de nuestro programa de ayuda económica. Este programa está diseñado para asistir a personas que no pueden pagar la atención médica necesaria y que no son elegibles para programas de beneficios públicos. A partir del 1 de abril de 2020, los descuentos de ayuda económica no se aplican a la responsabilidad del paciente por los costos de bolsillo como resultado de los copagos, los coseguros o los deducibles.

Cheyenne Regional respalda la relación de los pacientes con la atención que necesitan y continúa colaborando con otras agencias con programas de ayuda económica dentro de la comunidad de Cheyenne. Cheyenne Regional podría aprobarlo para el programa de ayuda económica basándose por completo en la información que usted dio a las agencias participantes; sin embargo, en ocasiones, Cheyenne Regional puede pedirle información adicional.

Complete una solicitud por grupo familiar e incluya a los hijos menores y mayores de edad que vivan en la casa. Informe de los ingresos de todos los miembros del grupo familiar en esta solicitud.

Para completar una solicitud:

1. Presente la documentación que se indica en la página 3.
 - **Todos los documentos requeridos deben presentarse dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completada.**
2. Complete la solicitud.
 - **Debe firmar en la carta de presentación que explica la política, páginas 6 y 8 y, si corresponde, en las páginas 9 y 13.**

Programa una cita para entregar la solicitud completada y la documentación.

East Campus-Billing One-Stop

2600 E. 18th Street

Cheyenne, WY 82001

307-996-4777, opción 2

De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

CRMC West Campus-Admissions

214 E. 23rd Street

Cheyenne, WY 82001

307-996-4777, opción 2

De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

****Las citas se programan fuera del horario de atención habitual.****

Para obtener más ayuda para completar la solicitud, llame al 307-996-4777 (opción 2) o envíenos un correo electrónico a Financial.assistance@crmcwy.org.

Tenga en cuenta que es posible que su correo electrónico no sea seguro. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que personas que no son destinatarias del correo electrónico, puedan interceptarlo y leerlo. Cheyenne Regional no garantiza la seguridad o protección de la información de identificación personal (personally identifiable information, PII) enviada a sus asesores económicos por correo electrónico. Si elige enviar por correo electrónico su solicitud o documentos de apoyo a los asesores económicos de Cheyenne Regional, asume el riesgo de cualquier acceso no autorizado a su PII.



Documentos requeridos:

- Identificación con fotografía.
 - Ejemplos: licencia de conducir, pasaporte, credencial de estudiante.
- Comprobante de residencia.
 - Ejemplos: factura de servicios con su nombre y dirección, recibo de alquiler con nombre y dirección, prueba de que vive en una vivienda comunitaria, refugio o centro de tratamiento residencial.
- Verificación de ingresos.
 - Para determinar su nivel de ayuda económica en una escala variable, debemos conocer sus ingresos, el tamaño de su grupo familiar y otros recursos económicos que tenga disponibles. Consulte la página cuatro para obtener una lista completa de los ingresos o recursos que deben revelarse. Presente la siguiente documentación:
 - Estados de cuentas bancarias: presente los estados de cuentas de los últimos 90 días para TODAS las cuentas (de cheques, ahorros u otras) de todos los bancos para todo el grupo familiar financiero.
 - Declaración de impuestos del año fiscal más reciente O una transcripción de impuestos no declarada si no declara impuestos.
 - Si no tiene su declaración de impuestos del año fiscal más reciente, puede pedirla en **IRS.gov/transcript** o llamando al **800-908-9946**.
 - Si no hizo la declaración de impuestos, presente una carta al IRS con el nombre Transcripción de impuestos no declarada donde se indique que no hizo la declaración de impuestos el año anterior. Esto se puede pedir en un documento del IRS 4506-T.
 - **Si sus ingresos no están reflejados de forma exacta en su declaración de impuestos, incluya la documentación de sus ingresos de los últimos 90 días.**
 - No verificación de ingresos: Si no tiene ingresos, **complete el formulario de la página 9** y presente la siguiente documentación si corresponde:
 - Una copia de la carta de reclamo de beneficios de desempleo denegada y una copia de sus antecedentes laborales del Departamento de Servicios Laborales (Department of Workforce Services).
 - Una carta donde se acredite una estancia reciente en un refugio u otro tipo de establecimiento público.
 - Una declaración escrita por su médico, que documente una discapacidad temporal o a largo plazo.
- Tarjeta de cobertura de un seguro médico privado (incluyendo las compañías del Mercado de Seguros Médicos y el seguro médico del empleador), tarjeta de Medicare A o B, seguro complementario de Medicare, Medicaid o Equality Care.

Antes de determinar la elegibilidad para la ayuda económica, un asesor económico hablará con usted. En este momento, es posible que se le pidan otros documentos.

Tenga en cuenta que la ayuda económica se basa en la política de ayuda económica de cada organización. La aprobación de la ayuda económica por parte de un proveedor no garantiza la aprobación ni un nivel específico de ayuda en todos los centros.



Cheyenne Regional requiere que, antes de que se apruebe la ayuda económica, se evalúe la elegibilidad de las personas que piden opciones de cobertura de seguro médico. Para determinar si usted o un miembro de su grupo familiar son elegibles para recibir la cobertura de seguro médico, complete la siguiente sección.

Responda las siguientes preguntas antes de continuar para ayudarnos a determinar su elegibilidad para recibir beneficios públicos u otra cobertura de seguro médico:

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna mujer del grupo familiar está embarazada? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna mujer del grupo familiar tuvo un aborto espontáneo en los últimos 90 días? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Algún miembro del grupo familiar tiene menos de 19 años? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Algún miembro del grupo familiar tiene actualmente una discapacidad física o mental, o se prevé que la tenga en los próximos 12 meses?
Si la respuesta es Sí, y no presentó una solicitud por discapacidad y no está recibiendo el pago por la discapacidad, complete las páginas 10 y 11. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Perdió la cobertura del seguro médico dentro de los últimos 60 días? Si es así, ¿en qué fecha? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tuvo un aumento en sus ingresos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha recibido ayuda económica en CRMC antes? ¿Cuándo? _____ |

Si se determina que usted o un familiar son elegibles para recibir asistencia pública o cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos u otro seguro, debe hacer todo lo posible para inscribirse. Se rechazará la solicitud de ayuda económica de quienes no cooperen con Cheyenne Regional para obtener beneficios públicos para el solicitante o sus familiares.

Ingresos que deben informarse en la solicitud

- Salarios (tal como informó en su declaración de impuestos del año fiscal más reciente o en la verificación de ingresos de 90 días si estos han cambiado recientemente)
- Seguro Social (presentar carta de beneficios)
- Desempleo (presentar carta de beneficios o de rechazo)
- Declaración de indemnización de trabajadores
- Formulario de declaración del empleador completado
- Beneficios para veteranos
- Pensión alimentaria
- Beneficios por jubilación/Pensión
- Trabajo autónomo
- Fondos de dinero fiduciario
- Ingresos por alquiler
- Otros ingresos en efectivo
- Subsidios/Becas PELL



Información del cliente						
¿Qué idioma habla?	<input type="checkbox"/>	Inglés	<input type="checkbox"/>	Español	<input type="checkbox"/>	Otro _____
¿Qué idioma escribe?	<input type="checkbox"/>	Inglés	<input type="checkbox"/>	Español	<input type="checkbox"/>	Otro _____
¿Otra persona completó este formulario en su nombre?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
Infórmenos si prefiere completar esta solicitud en español. Fecha de hoy _____ N.º del Seguro Social: _____					Género/Identidad <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Apellido	Nombre, inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nombres adicionales/anteriores/de soltera		¿Es ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Estado civil (marque uno): <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Menor de edad		
¿Es veterano? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No combatiente <input type="checkbox"/> Combatiente		Correo electrónico:				
Dirección:	Ciudad, estado, código postal:		Condado:	Teléfono de la casa:		
Dirección de correo/Apartado postal	Ciudad, estado, código postal:		Condado:	Teléfono celular:		
Raza (marque una): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo americano/de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro/Multirracial <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No quiere responder <input type="checkbox"/> No disponible				Teléfono del trabajo:		
Etnia (marque una): <input type="checkbox"/> No hispanico <input type="checkbox"/> Hispanico/Latino <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> No disponible <input type="checkbox"/> No quiere responder				Teléfono para mensajes:		
Información de la vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> HUD/CHA <input type="checkbox"/> Sin casa ¿desde cuándo? <input type="checkbox"/> Alquiler gratis <input type="checkbox"/> Vivienda comunitaria				Último año/Educación completa:		
Empleo (marque uno): <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado		Nombre del empleador:		Teléfono del empleador:		
		Dirección del empleador:		Fecha de contratación:		
Nombre del contacto de emergencia:		Teléfono del contacto de emergencia:		Relación con el paciente:		
Nombre del padre/madre/tutor (solo personas dependientes):			Relación con el paciente:			
¿Se quedó sin empleo hace poco? ¿En qué fecha? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tamaño del grupo familiar:		Nombre de la madre:		
¿Tenía cobertura de salud provista por el empleador cuando estaba empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Lugar de nacimiento (ciudad, condado, estado):			
Si está desempleado, ¿solicitó beneficios de desempleo? Presente la carta de aprobación o de rechazo					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si está desempleado, ¿quiere volver a trabajar? ¿Va a regresar al trabajo? Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



Información del seguro			
Seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N.º de póliza:	Equality Care/Medicaid: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N.º de póliza:	Kid Care CHIP: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N.º de póliza:
Cobertura para medicamentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parte D de Medicare: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cobertura para medicamentos del Programa de Asistencia para Medicamentos (PDAP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está inscrito en el Programa de Donación de Medicamentos de Wyoming? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si está desempleado, ¿es elegible para recibir los beneficios de COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene Seguro Social por Discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Por cuánto tiempo? _____			
Compañía de seguro: COBRA <input type="checkbox"/>		Identificación de suscriptor:	Identificación de grupo:
Nombre del titular de la póliza:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____	Relación con el paciente:
Empleador del titular de la póliza:		Teléfono del empleador: (____) _____ - _____	Número de Seguro Social del titular de la póliza:
Dirección para reclamos de facturación:		Teléfono de atención al cliente: (____) _____ - _____	
Compañía de seguro secundaria: COBRA <input type="checkbox"/>		Identificación de suscriptor:	Identificación de grupo:
Nombre del titular de la póliza:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____	Relación con el paciente:
Empleador del titular de la póliza:		Teléfono del empleador: (____) _____ - _____	Número de Seguro Social del titular de la póliza:
Dirección para reclamos de facturación:		Teléfono de atención al cliente: (____) _____ - _____	
¿Está buscando atención médica a causa de un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente:			
Fecha del accidente: ____/____/____	¿Fue un accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Fue un accidente relacionado con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Dónde ocurrió el accidente?	Nombre de la compañía de seguro de automóvil y n.º de póliza:	N.º de indemnización de trabajadores:	
¿Tiene un abogado involucrado o está esperando una resolución? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<p>Asignación y revelación: Autorizo a Cheyenne Regional a revelar información médica según sea necesario para recibir el pago de servicios prestados y para asignar todos los beneficios, si corresponde, directamente a Cheyenne Regional, que, de otro modo, podrían ser pagaderos a mí. Entiendo que Cheyenne Regional también puede revelar información médica sobre mí a médicos o a otros proveedores de atención médica involucrados en mi atención continua. Entiendo que esta autorización estará vigente durante doce (12) meses. Si elijo recibir atención médica de otro proveedor, entiendo que el tratamiento y la información aún podrán compartirse con mi seguro o con otra empresa de seguros. Entiendo que Cheyenne Regional hará un reclamo inicial a Medicare, a Medicaid, al seguro o a cualquier otro tercero si di la información y firmé los formularios necesarios. Entiendo que tengo la responsabilidad de pagar todos mis gastos, estén o no cubiertos por mi empresa de seguros. También acepto pagar cualquier servicio que haya recibido si mi compañía de seguros demora más de sesenta (60) días a partir de la fecha del servicio en hacer el pago. Si esto ocurre, me haré responsable de pedir el reembolso a mi compañía de seguros. Autorizo el uso de esta firma en todos los reclamos al seguro. Entiendo que si no hago todo lo necesario de buena fe para mantener mi cuenta al día, Cheyenne Regional se reservará el derecho de negar la prestación de servicios médicos no agudos y de contratar a una agencia de cobranza por los saldos pendientes.</p>			

Firma de la parte responsable: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de

molde: _____

Relación con el paciente: _____



Miembros del grupo familiar

Enumere a las personas que viven en su casa, incluido el solicitante.

Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: _____ N.º de póliza: _____	Género/Identidad: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N.º del Seguro Social: _____ - _____ - _____ ¿En qué año hizo su última declaración de impuestos? _____ ¿Alguien podría declararlo como dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: _____ N.º de póliza: _____	Enumere todas las fuentes de ingresos (ingresos brutos/mes): Tipo: _____ Cantidad: \$ _____ Tipo: _____ Cantidad: \$ _____ Tipo: _____ Cantidad: \$ _____ Tipo: _____ Cantidad: \$ _____
Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: _____ N.º de póliza: _____	Género/Identidad: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N.º del Seguro Social: _____ - _____ - _____ ¿En qué año hizo su última declaración de impuestos? _____ ¿Alguien podría declararlo como dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: _____ N.º de póliza: _____	Enumere todas las fuentes de ingresos (ingresos brutos/mes): Tipo: _____ Cantidad: \$ _____ Tipo: _____ Cantidad: \$ _____ Tipo: _____ Cantidad: \$ _____ Tipo: _____ Cantidad: \$ _____
Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: _____ N.º de póliza: _____	Género/Identidad: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N.º del Seguro Social: _____ - _____ - _____ ¿En qué año hizo su última declaración de impuestos? _____ ¿Alguien podría declararlo como dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: _____ N.º de póliza: _____	Enumere todas las fuentes de ingresos (ingresos brutos/mes): Tipo: _____ Cantidad: \$ _____ Tipo: _____ Cantidad: \$ _____ Tipo: _____ Cantidad: \$ _____ Tipo: _____ Cantidad: \$ _____
Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: _____ N.º de póliza: _____	Género/Identidad: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N.º del Seguro Social: _____ - _____ - _____ ¿En qué año hizo su última declaración de impuestos? _____ ¿Alguien podría declararlo como dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: _____ N.º de póliza: _____	Enumere todas las fuentes de ingresos (ingresos brutos/mes): Tipo: _____ Cantidad: \$ _____ Tipo: _____ Cantidad: \$ _____ Tipo: _____ Cantidad: \$ _____ Tipo: _____ Cantidad: \$ _____



PACIENTES SIN INGRESOS

Si no tiene ingresos, indique cuál de los siguientes documentos puede presentar (marque todo lo que corresponda):

- Una copia de una carta de solicitud de beneficios de desempleo rechazada.
- Una carta de Comea Shelter o de Safe House que acredite una estancia reciente en el refugio.
- ¿Alguien le da dinero mensualmente para pagar sus gastos?
 Sí No Cantidad de dinero recibido por mes \$ _____
- ¿Alguien le da alojamiento y comida? **(Complete el formulario en la página 9).**

TODOS LOS PACIENTES: PREGUNTAS SOBRE SEGURO COBRA Y FACTURACIÓN

¿Podemos darle información sobre arreglos de pago?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se quedó sin empleo hace poco? Si perdió su empleo en los últimos 60 días y tenía una cobertura de seguro médico, ¿es elegible para recibir los beneficios de COBRA? Nombre de su empleador _____ ¿Aporta su empleador anterior a sus beneficios de COBRA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez se declaró en quiebra o pretende hacerlo? Si la respuesta es Sí, ¿en qué estado? _____ N.º de caso _____ Fecha de declaración: _____ Fecha de descargo: _____ ¿El motivo de la declaración de quiebra fueron facturas médicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No

Mi firma indica que toda la información que declaré es verdadera y correcta. Por la presente, autorizo a esta agencia a obtener y a compartir la información que aporté para determinar mi elegibilidad para recibir ayuda. Comprendo que la omisión de información sobre coberturas de seguro por los servicios prestados o sobre ingresos del grupo familiar me impedirá recibir descuentos, y que las agencias a las que pedí descuentos tienen derecho, con pleno efecto legal, a cobrar la totalidad de los cargos facturados.

Firma de la parte responsable _____

Fecha _____

Nombre en letra de molde _____

Relación con el paciente _____

Declaración de ingresos declarados

A. Paciente

Enumere a los miembros de su grupo familiar, incluido usted.
("Grupo familiar" se refiere a usted, a su cónyuge y a sus dependientes).

*****SI CAMBIA ESTA SITUACIÓN, DEBE COMPLETAR OTRO FORMULARIO*****

¿Alguna vez presentó una declaración de impuestos? _____

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es la fecha de su última declaración? _____

¡DETÉNGASE AQUÍ! El resto del formulario debe completarlo la persona con quien vive o su empleador.

Responda las preguntas de las secciones B, C, D y E, según corresponda, sobre las personas mencionadas arriba.
Escriba su nombre en letra de molde: _____

B. Asistencia para alojamiento/alimentos

1. Pago por el alojamiento de las personas mencionadas al principio de la página, o les doy alojamiento. **SÍ** **NO**

a. Si la respuesta es **SÍ**, escriba la dirección del refugio o del proveedor de alojamiento

b. Si la respuesta es **NO**, ¿quién paga por el alojamiento de las personas mencionadas al principio de la página o quién les da alojamiento?

2. Les doy comida a las personas mencionadas al principio de la página. **SÍ** **NO**

a. Si la respuesta es **NO**, ¿quién paga por la comida de las personas mencionadas al principio de la página?
Cupones de alimentos Comida donada Otro: _____

3. ¿La persona mencionada arriba paga el alquiler o los servicios públicos? **SÍ** **NO**

a. Si la respuesta es **SÍ**, ¿cuánto paga por el alquiler o los servicios públicos por mes?

C. Desempleo

1. Según mi conocimiento, las personas mencionadas arriba están desempleadas: **SÍ** **NO**

a. Si la respuesta es **NO**, ¿cuáles de ellas tienen empleo?

¿Dónde trabajan?

D. Verificación de empleo

1. Soy el empleador de las siguientes personas que se mencionan arriba:

2. Pago un salario mensual de \$ _____ a las personas empleadas.

E. Contribuciones en efectivo

Doy contribuciones en efectivo mensuales a las personas mencionadas arriba por la cantidad de \$ _____.

Declaro, bajo pena de falso testimonio, que todas las declaraciones hechas en este formulario son verdaderas a mi leal saber y entender.

Firma de la persona que completa este formulario

Firma del paciente (o de la persona responsable del menor)

Nombre en letra de molde

Fecha

Nombre en letra de molde

Fecha

Dirección de la persona que completa este formulario

Número de teléfono de la persona que completa este formulario

Obtuvimos una copia de la identificación del firmante o la verificamos: **SÍ** **NO**

Relación con el paciente



FORMULARIO DE EVALUACIÓN POR RECLAMO DE DISCAPACIDAD

Complete este formulario si tiene una discapacidad y no presentó un reclamo a la Administración del Seguro Social.

Si tiene actualmente una discapacidad física o mental o se espera que la tenga en los próximos 12 meses, y quisiera presentar una solicitud por discapacidad, complete el formulario de abajo y revíselo con un agente financiero durante la cita de admisión de ayuda económica.

Nombre de la persona del grupo familiar que tiene la discapacidad física o mental: _____

Parte A: Evaluación por falta de vivienda/estar en riesgo

¿Dónde vive actualmente? *Marque la opción que corresponda.*

Sin casa		En riesgo de quedarse sin casa	
Al aire libre	<input type="checkbox"/>	Vivienda compartida/en distintas viviendas	<input type="checkbox"/>
Refugio	<input type="checkbox"/>	Recibió un aviso de desalojo o debe varios pagos del alquiler/de los servicios públicos	<input type="checkbox"/>
Vivienda de transición	<input type="checkbox"/>	Vivienda de apoyo permanente financiada mediante subvenciones (Colocaciones de Housing First)	<input type="checkbox"/>
		Crianza temporal con salidas	<input type="checkbox"/>
		Institución: hospital, residencia para adultos mayores, etc.	<input type="checkbox"/>
		Cárcel	<input type="checkbox"/>

Si no tiene casa, ¿cuánto tiempo ha estado sin casa?: _____ años y _____ meses

¿Está en una institución o en la cárcel? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿espera salir en los próximos 30 días? Sí No

¿Estaba sin casa antes de entrar al centro? Sí No

¿Ha tenido dificultades para mantener la vivienda? Sí No

Si la respuesta es Sí, describa: _____



FORMULARIO DE EVALUACIÓN POR RECLAMO DE DISCAPACIDAD - CONTINUACIÓN

Complete este formulario si tiene una discapacidad y no presentó un reclamo a la Administración del Seguro Social.

Parte B: Solicitud actual de beneficios de la SSA o apelación pendiente

¿Pidió recientemente beneficios del Seguro Social? Sí No

Si la respuesta es Sí, fecha: _____ Decisión de la solicitud: Pendiente Rechazada Apelación pendiente

Si la apelación está pendiente, ¿está esperando una decisión? Sí No

¿Está trabajando con un abogado? Sí No

Parte C: Información de diagnóstico

Enumere todos los diagnósticos de su salud física y mental:

¿Dónde recibió tratamiento por estas condiciones? Mencione el nombre de sus médicos.

Medicamentos actuales y proveedor/agencia de atención médica que se los receta

¿Tiene antecedentes de consumo de sustancias? Sí No

Últimas sustancias consumidas:

Última fecha conocida de consumo:



Resumen de Community Connect

Para darle un mejor servicio, Cheyenne Regional participó en Laramie County Goal Connect Collaborative. Goal Connect conecta diversas agencias para atender mejor a sus clientes, reducir la duplicación de esfuerzos y disminuir las brechas para acceder a los servicios básicos. Aunque la base de datos de Goal Connect ya no está activa, los asesores económicos pueden seguir compartiendo su información con los socios de la comunidad a pedido, para colaborar con su solicitud y con el proceso de elegibilidad en toda la comunidad para otros programas de asistencia.

Propósito y beneficios para su atención

Queremos cubrir mejor sus necesidades a través de servicios coordinados. Compartir su información personal puede reducir la necesidad de derivación o conectarlo con programas públicos y grupos de servicio comunitario que puedan ayudarlo. La participación también puede reducir los trámites repetidos.

Usted elije participar

Le pedimos que firme este formulario que permite a los asesores económicos de Cheyenne Regional compartir su paquete de solicitud de ayuda económica con los socios de la comunidad con quienes Cheyenne Regional colabora.. La decisión de firmar es suya. Ningún proveedor le negará tratamiento si no firma. Si no firma el formulario, los asesores económicos no compartirán su información. Puede cancelar la autorización en cualquier momento. Los asesores económicos de Cheyenne Regional no reciben ningún reembolso, incentivo, tarifas por remisiones ni ningún otro tipo de beneficio monetario, de recompensa, tangible o intangible para dicha remisión.

Información de seguridad y privacidad

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su información. Los asesores económicos compartirán la información mediante fax a pedido. Los asesores económicos cumplirán las prácticas de privacidad de la HIPAA. Usted recibirá un aviso de la HIPAA sobre prácticas de privacidad, que contiene más información sobre las políticas de confidencialidad del proveedor.

Los socios participantes actuales son:

- Cheyenne Regional
- HealthWorks
- Peak Wellness Center, Inc.
- Needs, Inc.
- COMEA ShelterCommunity Action of Laramie County, Healthcare for Homeless
- Community Action of Laramie County, Kinship Support Services
- University of Wyoming Family Practice

***La ayuda económica se basa en la política de ayuda económica individual de cada organización. La aprobación de la ayuda económica de una organización no garantiza la aprobación ni un nivel específico de asistencia en todos los centros.*



Formulario de consentimiento de Community Connect (opcional)

- Entiendo que, al firmar este formulario, autorizo a un asesor económico de Cheyenne Regional a compartir mi información de identificación personal con socios de la comunidad con los que colaboran.
- Entiendo que mi información personal puede incluir la participación en programas de una agencia, datos demográficos, como nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, número del Seguro Social, dirección, número de teléfono, miembros del grupo familiar, información financiera, situación laboral, información residencial, antecedentes médicos y de tratamiento, o información personal o sobre mi familia.
- Leí la lista de los socios colaboradores actuales y entiendo que se sumarán otros más adelante. Tengo a disposición una lista de socios a pedido.
- Recibí una copia de este formulario.
- Entiendo que este formulario se hará efectivo, a menos que yo lo cancele. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento completando una solicitud por escrito.
- Entiendo que, si firmo en representación de otra persona, estoy certificando que tengo la autoridad, según la ley de Wyoming, para tomar decisiones sobre atención médica y servicios sociales en nombre de esa persona.
- Entiendo que estoy autorizando a los asesores económicos a compartir mi información de identificación personal solo con los socios colaboradores mencionados, que me prestan servicios.
- Entiendo que es mi elección firmar y que ningún proveedor puede negarse a atenderme si no lo hago.

He leído y entiendo la información mencionada arriba.

Su nombre (en letra de molde)

Relación con el paciente

Su firma (o del representante)

Fecha

Asesor económico

Fecha