



Solicitud de ayuda económica



¿Tiene alguna pregunta? Use el código QR de la derecha o visite www.billingsclinic.com para acceder a la Política de ayuda económica de Billings Clinic O llame a Servicios de ayuda económica para pacientes al (406) 238-2601 o al 1 (800) 332-7156, ext. 2601. Servicios de interpretación/Language Line 833-703-0016

1) Solicitante/parte responsable:

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido): _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ N.º de teléfono: _____

2) Cónyuge/pareja:

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido): _____ Fecha de nacimiento: _____

3) Familiares:

Liste a otros familiares a los que ayude de manera económica (*que aporten más del 50 % de los gastos de manutención durante 1 año*):

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante
1)		
2)		
3)		
4)		

*si son más de 4, liste a los familiares en una página adicional.

4) Marque todos los lugares donde usted o un familiar recibieron servicios de Billings Clinic:

***La ayuda económica para los servicios prestados en Broadwater Billings Clinic necesita otra solicitud.

- Centros de Billings/Bozeman/Clínicas regionales
- Stillwater Billings Clinic en Columbus, MT
- Atrium Pharmacy del centro de Billings
- Broadwater Billings Clinic en Townsend, MT
- Oxígeno a domicilio y equipo médico duradero de Billings
- Otro:

5) Beneficios de asistencia pública:

¿Recibe actualmente beneficios de alguno de los siguientes programas? Si es así, puede calificar automáticamente para recibir el 100 % de la ayuda económica. Marque todo lo que corresponda.

Incluya documentación de su confirmación/elegibilidad en los siguientes programas con su solicitud:

- SNAP - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria
- WIC - Programa de Asistencia Nutricional Especial para Mujeres, Bebés y Niños
- Vivienda subsidiada o ayuda con el alquiler para familias de bajos ingresos
- Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIEAP)
- Programas de recetas médicas para personas de bajos ingresos
- Personas sin casa o que reciben atención en un refugio, clínica o centro para personas sin casa



Si marcó alguno de los recuadros de la izquierda, pase a la Sección 9 para firmar y fechar el formulario.

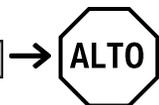
Incluya la documentación del programa para completar la solicitud.

6) Solicitantes jubilados/de seguro social:

¿Tiene su casa alguna otra fuente de ingresos además del seguro social o el seguro por discapacidad?

Sí

No



Si respondió "Sí", pase a la siguiente sección en la página 2.

Si respondió "No", pase a la Sección 9 para firmar y fechar el formulario.
Incluya sus estados de cuenta más recientes para completar la solicitud.

¿Tiene alguna pregunta? Llame a Servicios de ayuda económica para pacientes al (406) 238-2601 o al 1 (800) 332-7156, ext. 2601.

Fax 406-238-5323

7) Situación laboral:

	Empleado	Desempleado	Trabajador independiente	Jubilado	Discapacitado	Estudiante	Otros ingresos
Escriba sus respuestas en los recuadros	Nombre de la empresa y antigüedad	Duración del desempleo	Tipo de trabajo independiente	Tipo de jubilación (Soc Sec, IRAS, pensión, etc.)	Duración de la discapacidad	Escuela a la que va	Tipo de otros ingresos (alquileres, intereses, dividendos, etc.)
Solicitante							
Cónyuge/pareja							
Documentación necesaria para los recuadros que apliquen de arriba →	Incluya los talonarios de pago de los 3 últimos meses, incluyendo el desglose del año en curso hasta la fecha	Incluya la carta de subsidio por desempleo	Incluya el estado de cuenta de ganancias/pérdidas del año en curso hasta la fecha	Incluya los formularios 1099 para el seguro social, las pensiones, la jubilación, etc.	Incluya una carta de subsidio por incapacidad del gobierno federal o estatal o de una compañía de seguros privada	N/A	Incluya la declaración de impuestos federales, incluyendo todas las declaraciones complementarias

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA PARA TODOS LOS SOLICITANTES:	1) Incluya la declaración de impuestos federales del año anterior, incluyendo todas las declaraciones complementarias	2) Incluya los estados de cuenta más recientes, incluyendo cuentas corrientes, de ahorro o cualquier cuenta de inversión	3) Si no tiene los documentos de respaldo necesarios, adjunte una carta explicando los motivos **No envíe documentos originales	**Su solicitud de ayuda económica no se tramitará hasta que se reciban todos los documentos necesarios**
--	---	--	--	---

8) Información del seguro médico

Marque todos los recuadros que correspondan:

- Tengo seguro médico.
Nombre de la empresa/plan para el solicitante: _____
Nombre de la empresa/plan para el cónyuge/pareja: _____
- Tengo seguro médico, pero lo rechacé o renuncié a él.
Motivo del rechazo/renuncia del solicitante: _____
Motivo del rechazo/renuncia del cónyuge/pareja: _____
- Los pagos están disponibles para el solicitante o su cónyuge/pareja por Health Share.
- Otro: _____ Cónyuge/pareja: _____

9) Revelación de información y certificación para la ayuda económica:

Para **TODOS LOS SOLICITANTES**

Certifico que, según mi leal saber y entender, la información que he dado es verdadera y exacta. Entiendo que la información se usará para determinar mi capacidad de pago de los servicios ofrecidos por Billings Clinic o entidades asociadas. Autorizo a Billings Clinic y a todas las clínicas, hospitales y entidades asociadas a compartir la información según sea necesario para considerar mi solicitud de ayuda económica. Por la presente, autorizo a Billings Clinic y a sus asociados y representantes a investigar la información que aquí se incluye.

Firma del solicitante (paciente, padre/madre o tutor): _____

Fecha: _____

Firma del cónyuge/pareja: _____

Fecha: _____

Envíe su solicitud y documentación por correo a:
Billings Clinic
Attn: Financial Assistance
PO Box 35100
Billings, MT 59107
¿Tiene alguna pregunta?
(406) 238-2601

También puede calificar para el Programa de Asistencia para Medicamentos (MAP) para los medicamentos que necesite. Para hablar con un representante de MAP, llame al (406) 238-2111.