

Consulte la lista de verificación de Ayuda financiera en la parte de atrás para obtener más ayuda.

APELLIDO DE LA PERSONA RESPONSABLE (en letra de molde)		PRIMER NOMBRE	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA	EDAD
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
EMPLEADOR <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo		NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	INGRESOS BRUTOS MENSUALES

APELLIDO DEL CÓNYUGE/PAREJA (en letra de molde)		PRIMER NOMBRE	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA	EDAD
EMPLEADOR <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo		NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	INGRESOS BRUTOS MENSUALES

OTROS INGRESOS DE LA PERSONA RESPONSABLE \$	OTROS INGRESOS DEL CÓNYUGE/PAREJA \$	INGRESOS BRUTOS ANUALES DEL GRUPO FAMILIAR \$
CANTIDAD DE NIÑOS EN LA FAMILIA	TOTAL DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA	EDADES DE LOS HIJOS DEPENDIENTES

**¿Ha presentado una solicitud para recibir los beneficios de Medicaid?**..... Sí  No  
Si no, indique por qué: \_\_\_\_\_

**¿Ha presentado una solicitud para recibir ayuda del condado?**..... Sí  No  
Si no, indique por qué: \_\_\_\_\_

**¿Quién es elegible para recibir los beneficios de Medicaid de South Dakota?**  
Usted debe cumplir con los estándares de elegibilidad para los siguientes programas. Usted puede calificar si:  
 es un adulto con bajos ingresos con hijos dependientes  
 es una mujer embarazada  
 recibe ingresos de seguridad suplementaria

**¿Ha presentado una solicitud para recibir las opciones de Intercambio de Seguros Médicos?**  Sí  No  
Si no, indique por qué:..... El empleador ofrece cobertura de seguro de salud y estoy cubierto por el plan.  
 El empleador ofrece cobertura de seguro de salud pero no me inscribí.  
 El empleador no ofrece cobertura de seguro de salud (se requiere una carta del empleador).

**Se requiere comprobante documentado de todos los ingresos y debe adjuntarse a su solicitud**

- Declaración de impuestos federales (*la más reciente*). Si alguien más lo reclamó como dependiente, debe proporcionar la Declaración de impuestos más reciente del solicitante.
- Comprobantes de pago de salario actual de 3 meses; debe incluir a la persona responsable y al cónyuge/pareja

**Otras fuentes de ingresos: adjunte documentos de apoyo**

- Pensión alimenticia
- Cupones para alimentos/vivienda
- Jubilación ferroviaria
- Asistencia médica en hospitales militares
- Manutención infantil
- Seguro de vida
- Seguro del Seguro Social
- Compensación a los trabajadores
- Discapacidad
- Pensión
- Desempleo
- Otros, indique: \_\_\_\_\_

Bienes	Gastos
Dinero en efectivo, cuenta de depósitos monetarios.\$ _____	Renta/pago de vivienda.....\$ _____ <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propia
Dinero en efectivo, cuenta de ahorros.....\$ _____	Préstamo de vehículo.....\$ _____
Acciones, bonos, o fondos de retiro .....\$ _____	Préstamo de vehículo.....\$ _____
Vehículo: _____ Año: _____ \$ _____	Cuidado infantil.....\$ _____
Vehículo: _____ Año: _____ \$ _____	Manutención infantil .....\$ _____
Casa: valor estimado del mercado.....\$ _____	Otro préstamo: .....\$ _____
Otros bienes: .....\$ _____	Otro préstamo: .....\$ _____
Otros bienes: .....\$ _____	Otros:.....\$ _____
<b>Total de bienes</b> .....\$ _____	<b>Total de gastos mensuales</b> .....\$ _____

Afirmo que la información proporcionada a Regional Health es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Autorizo a Regional Health para que verifique parte o toda la información proporcionada y, de ser necesario, para que obtenga un informe de crédito al consumidor.

Firma de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Coloque la inicial si <b>SÍ</b>	<p align="center"><b>INFORMACIÓN REQUERIDA para completar la solicitud</b></p> <p align="center"><b>No envíe documentos originales. Solamente envíe copias de sus documentos de apoyo</b></p>
	1. La información demográfica la completa la persona responsable y el cónyuge/pareja. <i>(Por ejemplo, dirección, número de teléfono, etc.)</i>
	2. La información del dependiente está completa. <i>(Por ejemplo, cantidad de integrantes del grupo familiar, nombres, edades, etc.)</i>
	3. La información del empleo y los ingresos se completa para la persona responsable y el cónyuge/pareja.
	4. Se adjunta una copia del año más reciente de la Declaración de Impuestos del Servicio de Rentas Internas.
	5. Se adjunta una copia de los comprobantes de pago salarial de los 3 meses más recientes (o beneficio del empleo) para la persona responsable y el cónyuge/pareja.
	6. Si usted es un trabajador independiente, se requieren los anexos C, E, F y el Formulario 8965 del IRS (exención de cobertura de seguro de salud).
	7. Si corresponde, se adjunta una copia de los beneficios del Seguro Social del año actual para usted y/o su cónyuge/pareja.
	8. Si corresponde, se adjunta una copia del beneficio de compensación a los trabajadores que usted recibe.
	9. Si corresponde, se adjunta una copia de la carta de cupones para alimentos.
	10. Si usted tiene ingresos limitados y otra parte le está ayudando a cumplir con sus necesidades diarias, se completó la carta de ayuda financiera al final de este formulario.
	11. Si usted cumple con los estándares de elegibilidad para recibir los beneficios de Medicaid de South Dakota, pero no cumple con los requisitos de ingresos, se adjunta una carta de denegación. <i>(Consulte la solicitud de Ayuda financiera: ¿Quién es elegible para recibir los beneficios de Medicaid de South Dakota?)</i> .
	12. Si se le denegó recibir ayuda del condado, se adjunta una carta de denegación.
	13. Si su empleador no ofrece una opción de plan de seguro de salud, se adjunta una carta de su empleador.
	14. ¿Firmó y colocó la fecha al formulario, la persona responsable y el cónyuge/pareja?
	15. La solicitud y todos los documentos de apoyo se deben devolver a cualquier área de registro de pacientes de Regional Health o enviarlos por correo al PO Box 6000, Rapid City, SD 57709. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro departamento de Servicios Financieros para los Pacientes, llamando al (605) 755-7660 para solicitar más ayuda.

### CARTA DE SOPORTE FINANCIERO

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que estoy brindando al solicitante el siguiente apoyo cada mes: (Indique el apoyo específico: alimentos, calefacción, teléfono, refugio, etc.): \_\_\_\_\_

y el costo total de este apoyo es de \$ \_\_\_\_\_. No pido ni espero el reembolso por el costo de este apoyo.

Proporciono este apoyo porque: (Indique la razón: situación médica a corto plazo, desempleo a corto plazo, reubicaciones recientes, etc.) \_\_\_\_\_

He estado proporcionando este apoyo durante \_\_\_\_\_ meses. Comprendo que mi firma no me hace responsable de sus deudas. Certifico que esta información que proporcioné es verdadera. Por lo tanto, autorizo por medio de mi firma, que Regional Health se comunique conmigo, si fuera necesario, al número de teléfono que se encuentra a continuación, para que verifiquen cualquier información que yo haya proporcionado.

Firma de la persona de apoyo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nombre (EN LETRA DE MOLDE): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_