



**Sección I: PACIENTE/SOLICITANTE**

Personas sin hogar: \_\_\_\_\_

La fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Aplicación de emergencia: \_\_\_\_\_

**Apellido** \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_ **Inicial del segundo nombre** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_ **Condado** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono** \_\_\_\_\_

Lista de miembros de Household	Relación al paciente	Fecha de nacimiento	Número de CO de Health First	Programa seleccionado para el miembro del hogar (atención con descuento en el hospital, atención benéfica, atención con descuento en el hospital y atención caritativa, solo tamaño HH)
1. _____	PACIENTE/SOLICITANTE	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____	_____
10. _____	_____	_____	_____	_____
11. _____	_____	_____	_____	_____
12. _____	_____	_____	_____	_____
13. _____	_____	_____	_____	_____
14. _____	_____	_____	_____	_____
15. _____	_____	_____	_____	_____

**Sección II: Cálculo de los ingresos**

Fuente de ingresos	Ingreso Mensual	Total anualizado
1. Ingresos brutos del trabajo	\$ _____	\$ _____
2. Ingresos no derivados del trabajo	\$ _____	\$ _____
3. Ingresos de trabajo por cuenta propia	\$ _____	\$ _____
<b>4. Ingresos totales (líneas 1 + 2 + 3)</b>	\$ _____	\$ _____

5. Deducciones permitidas (vea la hoja de trabajo 3)

\$ \_\_\_\_\_

6. Ingreso Anual Total General

\$ \_\_\_\_\_

Porcentaje de FPG: \_\_\_\_\_

Tamaño del hogar: \_\_\_\_\_

Máximo mensual de la instalación de HDC: \_\_\_\_\_

Médico de HDC Máximo Mensual: \_\_\_\_\_

**CLÁUSULA PENAL, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Autorizo al proveedor a usar cualquier información contenida en la solicitud para verificar mi elegibilidad para recibir asistencia bajo la Atención Hospitalaria con Descuento, y para obtener registros relacionados con la elegibilidad de un banco u otra institución financiera según se define en la sección 15-15-201(4), C.R.S., o de cualquier compañía de seguros.

**TIENE 30 DÍAS CALENDARIO PARA APELAR SU DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA CON DESCUENTO**

(Pida a su técnico de elegibilidad más información sobre el proceso de apelación)

Imprimir Nombre del Paciente/Solicitante \_\_\_\_\_

Firma y fecha del solicitante \_\_\_\_\_

El paciente fue contactado por Teléfono  Correo  Otro: \_\_\_\_\_ y se adjunta documentación de contacto en lugar de firma.  
electrónico

Imprimir Elegibilidad Nombre del técnico \_\_\_\_\_

Elegibilidad Firma y fecha del técnico \_\_\_\_\_

Nombre de la instalación de impresión \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la instalación \_\_\_\_\_

**Notas de aplicación:**



**Hoja de Trabajo 1 - Ingresos Devengados y No Devengados**

Fuentes de pago Ingreso Mensual Ingresos  
 anualizados Ingresos del trabajo:

Ingresos del Trabajo \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**Fuentes de ingresos mensuales no derivados del trabajo:**

Autodeclarado  
Documentado

Ingreso del Seguro Social (SSI) \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Desembolso de la Cuenta de Jubilación \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Pagos de pensiones \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Pagos con cargo a fondos fiduciarios \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Desembolso de las ganancias de la lotería \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**Fuentes de ingresos anuales o de una sola vez:**

Bonificaciones (introduzca la cantidad total de bonificaciones incluidas en talones de pago) \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Discapacidad a corto plazo (ingrese el monto total de los pagos de STD) \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Ingresos por desempleo (cantidad semanal multiplicada por 52 para garantizar el cálculo anual correcto de la FPG) \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Propinas y comisiones (solo si no es normal en recibo de pago) \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Horas extras poco frecuentes \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Ingreso Devengado Total \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Total de Ingresos No Derivados del Trabajo \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**Ingresos totales** \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Firma del técnico de elegibilidad

Fecha

Facilidad

Teléfono



**Hoja de Trabajo 2 - Ingreso Neto de Trabajo por Cuenta Propia**

¿El cliente opera su negocio desde su casa? \_\_\_\_\_

Metros cuadrados de la casa del solicitante: \_\_\_\_\_

Pies cuadrados utilizados para el negocio en casa del solicitante: \_\_\_\_\_

Horas por semana que el solicitante trabaja desde su casa: \_\_\_\_\_

**Ingresos:**

Ingresos brutos de la empresa

**Mensual**

**Anualizada**

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

**Gastos de propiedad comercial:**

Hipoteca/Alquiler de Propiedad Comercial

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Utilidades

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

**Otros gastos:**

Publicidad

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Teléfono de la empresa

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Impuestos comerciales (no personales)

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Combustible para viajes de negocios

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Salarios brutos

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Seguro

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Honorarios Legales

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Tarifas de licencia/certificación pagadas

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Mercancía/Costo de los bienes

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Suministros de oficina

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Reparaciones/Mantenimiento de Equipos

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Herramientas/Equipos

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Gastos totales: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Gastos totales atribuidos a la empresa: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
**Beneficio neto** \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
(utilice esta figura en la línea 3, Sección II de la Aplicación)

---

\_\_\_\_\_  
Firma del técnico de elegibilidad

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Facilidad

\_\_\_\_\_  
Fecha

Revisado en junio  
de 2025

**Esta hoja de trabajo solo necesita ser firmada e incluida si el solicitante es dueño de su propio negocio.**

