



## APLICACION POR DIFICULTAD DE PAGOS

El cliente necesita llenar una forma de revelar el estado financiero y prueba de los ingresos. La documentación adecuada de la dificultad de pago puede ser una de los siguientes comprobantes:

1. Prueba documentada que el cliente está más bajo del 125% de las guías federales de pobreza. Estos documentos pueden incluir:
  - a) Talonario de Pago
  - b) Retorno del pago de impuestos.
  - c) Formas del Medicaid u otra ayuda financiera del Estado.
  - d) agencias Formas de los empleadores u otra agencia del bienestar.
  
2. El cliente tiene otras circunstancias que indica dificultad en el pago. Estas pueden ser:
  - a) Pueba de bancarrota.
  - b) Situaciones catastróficas (muerte o incapacidad en la familia, divorcio) u otro comprobante que demuestre que el cliente no puede pagar los recibos médicos y que todavía puede pagar otras cuentas.

Los ingresos deben ser anuales desde la fecha que hizo el pedido basado en la documentación entregada y una información verbal dada por el cliente. El proceso anual será considerado como trabajo temporal que sube y baja el ingreso.

Al terminar esta aplicación no quiere decir que se le ha garantizado el pago o que se le arreglara su responsabilidad financiera.

**Toda la información acerca de la dificultad de pagos se mantendrá en estricta confidencialidad.**

## FINANCIAL DISCLOSURE FORM

---



**Please provide the following information so we may complete your application:**

- Most recent IRS tax forms  
(Must be signed)
- Check stubs for the past 30 days for **all** persons employed in the home
- Unemployment statements for the past 30 days
- Driver's License or identification card for adults
- Proof of all other income received in the past 30 days
- Proof of all outstanding bills
- DHS Denial Letter
- Medicaid forms or card
- Attached financial statement (completely filled out and signed)

Please be sure to sign the attached financial statement. Your request will NOT be processed if this is not signed.

Please return all items (as applicable) on this checklist (in person or by mail).

**Financial statement payment plan/uncompensated services application.**

Administrative Offices  
211 W. Main St  
Sterling CO 80751  
Phone: (970) 522-4549 Fax: (970) 522-9544  
[www.CentennialMHC.org](http://www.CentennialMHC.org)



Client Name: \_\_\_\_\_

Date(s) of Service: \_\_\_\_\_

Name of Responsible Party: \_\_\_\_\_

Relationship to Client: \_\_\_\_\_

Spouse: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

Can we leave a message?  Yes  No

Address: \_\_\_\_\_

Number of Family Members (Living in the Household): \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

If Unemployed, How Long? \_\_\_\_\_

Spouse's Employer: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Other Family Member's Employer(s):

(Include Member Name, Employer & Address)

---

---

---



**Monthly family income & source**

Client    Spouse    Responsible Party    Children Working

Monthly Salary (Gross)	\$ _____
Public Assistance Benefits	\$ _____
Unemployment Benefits	\$ _____
Social Security Benefits	\$ _____
Workman's Compensation	\$ _____
Child Support	\$ _____
Other (Alimony, Etc.)	\$ _____

**Other living expenses:**

Food	\$ _____
Clothing	\$ _____
Transportation	\$ _____
Other	\$ _____

I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT THE INFORMATION GIVEN HEREIN IS TRUE AND CORRECT. I AUTHORIZE CENTENNIAL MENTAL HEALTH CENTER, INC. TO VERIFY ANY INFORMATION CONTAINED IN THIS DOCUMENT FOR THE SOLE PURPOSE OF ASSESSING FINANCIAL NEEDS.

\_\_\_\_\_  
 Signature of Person Making Request

\_\_\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_\_  
 Signature of Spouse/Other

\_\_\_\_\_  
 Date

**DO NOT WRITE BELOW THIS LINE- FOR OFFICE PERSONNEL USE ONLY**

This document was received on \_\_\_\_\_ (date)

By \_\_\_\_\_ (Name/Title)

Approved Fee: \_\_\_\_\_

Approved by \_\_\_\_\_ Name/Title)