



Cheyenne Regional ofrece los siguientes planes de pago sin intereses:

- Saldo de cuenta de \$100.00 a \$1,800.00 - hasta un plazo de 12 meses
- Saldo de cuenta de \$1,800.01 a \$4,560.00 - hasta un plazo de 24 meses
- Saldo de cuenta de \$4,560.01 y más - hasta un plazo de 36 meses

Usted está recibiendo esta solicitud de plan de pago extendido porque ha solicitado un acuerdo de plan de pago que excede nuestros términos normales.

Una vez que recibamos la solicitud completa, la revisaremos para determinar si usted califica para un plan de pago extendido. Las solicitudes de planes de pago extendidos pueden presentarse para fuera de nuestros planes de pago normales hasta 48 meses. Las solicitudes se procesarán en un plazo de 7 días a partir de la recepción de las solicitudes completas y se notificará la aprobación o denegación.

Si su solicitud no está completa, le devolveremos la solicitud y le pediremos que vuelva a presentarla con todos los documentos necesarios. Abajo encontrará una lista de los documentos requeridos que debe presentar con su solicitud:

- Documentación de los ingresos: Talones de pago o ingresos actuales de los últimos 30 días.
- Declaraciones de impuestos más recientes.
- Estados de cuenta que cubran 90 días.

[Si tiene preguntas, llame al \(307\) 996-4777 o envíe un correo electrónico a 3079964777@crmcwy.org. Las solicitudes pueden enviarse por:](tel:(307)996-4777)

- Fax al (307) 633-3072
- [Correo electrónico a 3079964777@crmcwy.org](mailto:3079964777@crmcwy.org)
- Correo a CRMC Billing Office, PO Box 20470, Cheyenne, WY 82003

Gracias por elegir Cheyenne Regional.

Solicitud de plan de pago extendido (Extended Payment Plan Request)

Este formulario se debe usar únicamente si está solicitando un plan de pago que esté fuera de la Política de plan de pago sin intereses 15-04-008 de Cheyenne Regional. Revise la página 2 (sección VI) en www.cheyenneregional.org/billing-and-insurance/ para obtener la información necesaria para procesar su solicitud. No use este formulario si su solicitud está dentro de nuestros plazos habituales de plan de pago de \$100.00-\$1,800.00 hasta 12 meses, \$1800.01-\$4,560.00 hasta 24 meses, o \$4560.01 y más hasta 36 meses. Deberá completar y presentar las páginas 1 y 2 por cada garante que se evalúe.

Comuníquese con Servicio al Cliente llamando al 307-996-4777, opción 1, si tiene preguntas o preocupaciones.

Las solicitudes incompletas no se tramitarán y se enviarán de vuelta.

I. INFORMACIÓN DEL GARANTE					
Nombre del garante		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Teléfono de casa (incl. código de área)	
Miembros del grupo familiar (usted mismo, cónyuge/pareja, hijos):		Cantidad	Edades	Teléfono celular (incl. código de área)	
Dirección postal:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
II. INFORMACIÓN DE EMPLEO ACTUAL					
Garante			Cónyuge/pareja		
Nombre y dirección del empleador <input type="checkbox"/> Independiente		Años en el trabajo	Nombre y dirección del empleador <input type="checkbox"/> Independiente		Años en el trabajo
III. INFORMACIÓN DE INGRESOS MENSUALES Y GASTOS COMBINADOS DE VIVIENDA					
Ingreso mensual bruto	Garante	Cónyuge/pareja	Total	Gasto mensual combinado de vivienda	Iniciales del revisor
Ingreso del empleado	\$	\$	\$	\$	
Otro (abajo)	\$	\$	\$		
Total	\$	\$	\$	\$	
IV. ACTIVOS Y PASIVOS					
<i>Indique abajo las cuentas corrientes y de ahorro y la cantidad:</i>			<i>Indique abajo los pasivos/acreedores y la cantidad pendiente (préstamos, tarjetas de crédito):</i>		
Nombre de la institución financiera:		\$	Nombre de la empresa		\$
<input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro					
Nombre de la institución financiera:		\$	Nombre de la empresa		\$
<input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro					
Nombre de la institución financiera:		\$	Nombre de la empresa		\$
<input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro					
Nombre de la institución financiera:		\$	Nombre de la empresa		\$
<input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro					
Nombre de la institución financiera:		\$	Nombre de la empresa		\$
<input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro					
Cantidad total		\$	Total pasivo		\$
V. CONDICIONES DEL PLAN DE PAGO SOLICITADO					
Cantidad total	Cantidad de meses	Cantidad mensual	Mes del primer pago	Fecha del primer pago	
Las condiciones de pago solicitadas no están garantizadas y deben ponerse en débito automático de su institución financiera.					
VI. ACUSE DE RECIBO Y ACUERDO					
Si se aprueba, acepto pagar la primera parte del plan de pago al inicio del mismo y todos los pagos subsiguientes se debitarán automáticamente de la tarjeta de crédito o cuenta bancaria que esté registrada en el expediente.					
Nombre del garante:		Firma del garante:			Fecha:
VII. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA TRAMITAR LA SOLICITUD					
Documentación necesaria		Envíe el formulario completo, junto con la documentación de apoyo, por cualquiera de los siguientes métodos:			
Talones de pago de los últimos 30 días Estados de cuenta que cubran 90 días Declaraciones de impuestos más recientes		Correo: CRMC Billing Office PO Box 20471 Cheyenne, WY 82002	Fax: 307-633-3071	Correo electrónico: 3079964777@crmcwy.org	
VIII. SOLO PARA USO INTERNO					
Date Received:			Date of Guarantor Notification:		
Approved Amount	Months	Approved Amount	Months	Approved Amount	Months