

Aplicación: Asistencia financiera

Por favor escriba el nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social y dirección de correo electrónico del paciente y quien es responsable de esta factura.

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

- ¿Esta aplicación es para servicio futuro o pasado? Pasado ____ Futuro ____ Fecha de servicio _____
Si es para futuro, ¿Qué tipo de servicio necesita? _____
- ¿Ha aplicado alguien en su hogar para Programa de Salud para indigentes del condado (CHIPS) de los niños o Medicaid?
Si ____ No ____ ¿Quién? _____
¿Cuándo? _____ ¿Cuál es el estado de su aplicación? Pendiente ____ Negado ____ Razón _____
- ¿Alguien en su hogar está embarazada? Si ____ No ____
- ¿Tiene a alguien en su familia que ha servido al ejército militar? Si ____ No ____ ¿Quién? _____
- ¿Ha presentado alguna vez reclamo de accidente de vehículo o remuneración de trabajadores?
Si ____ No ____ Fecha _____
- ¿Alguien en su hogar es elegible para beneficios de Seguro Social? Si ____ No ____ ¿Quién? _____
- ¿Alguien en su hogar está cubierto por el seguro de salud o una cuenta de ahorros de salud (HSA)?
Si ____ No ____ ¿Quién? _____
- Nadie te reclama en su declaración de impuestos. Si ____ No ____ ¿Quién? _____

Lista de todos los dependientes, incluyendo a su cónyuge:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Aplique por asistencia Si/No?

INGRESO MENSUAL

¿Tienes un ingreso? _____ Cantidad \$ _____

¿Su cónyuge tiene un ingreso? _____ Cantidad \$ _____

Si, usted debe proporcionar reciente recibo de sueldo, recibos si trabaja por cuenta propia, prueba de los pagos de asistencia pública, Seguro Social, desempleo, la indemnización de los trabajadores, manutención de los hijos, pensión alimenticia, etc. Documentación es requerida.

Office use only:

Date Received _____ Date Approved _____ Date Denied _____ Reason Denied _____

*Nota: persona casada debe incluir información financiera del cónyuge

Dinero en mano o en los bancos... \$ _____

Cuenta de cheque \$ _____ Cuenta de ahorro \$ _____ Cooperativa de Crédito \$ _____

Automóviles, barcos, auto caravanas, etc. \$ _____

¿Bienes raíces (propiedad) \$ _____ Casa Móvil? \$ _____ En caso afirmativo, en que año: _____

Todos los demás bienes no especificados arriba: per favor incluya la descripción y el valor siguiente:

Total de bienes.....\$ _____

Gastos del hogar

Pago mensual de alquiler (renta) \$ _____ o pago \$ _____ préstamo hipotecario \$ _____ Balance de préstamo \$ _____

Cantidad de impuestos sobre la propiedad no incluido en el monto del pago por encima de \$ _____ Valor de casa \$ _____

¿Posee bienes que no sean de residencia primaria? Si _____ No _____ si si ¿Cuál es el valor \$ _____

Pago mensual de préstamo \$ _____ A quien? _____ De qué? _____

Medicare Parte D deducidos de la Seguridad Social Compruebe Si _____ No _____ Cantidad \$ _____

Utilidades \$ _____ seguro \$ _____ vivienda (gas, comida, ropa) \$ _____ otros: _____

Pensión alimenticia/Manutención de hijo \$ _____ seguro de salud \$ _____ Cuidado de hijos \$ _____ otros: \$ _____

Cesión de derechos

Al firmar abajo yo autorizo a la solicitud de mi informe de crédito o devolución de impuestos. Entiendo que una declaración de impuestos es necesaria para procesar esta solicitud y que más información puede ser solicitada antes de que se pueda determinar mi elegibilidad. Usted puede adjuntar los documentos y presentar esta solicitud.

Al firmar abajo, yo certifico que he presentado toda la información es verdadera. Entiendo que cualquier información incorrecta, incompleta o falsa que proporciono o alguien proporciona para mi podría cancelar mi solicitud de asistencia financiera.

Todos miembros adultos del hogar que firman a continuación autorizan la liberación de médicos, financieros o de información de empleo que se relación directamente al cuidado de su salud o para su elegibilidad para asistencia financiera. Esta información puede ser divulgada a cualquier proveedor de cuidado de la salud de quienes los miembros del hogar han buscado atención médica o asistencia financiera. Toda la información permanecerá confidencial bajo las disposiciones de los reglamentos federales de HIPPA. Los procedimientos electivos no pueden ser considerados para obtener ayuda.

Estoy de acuerdo en que se pague el premio asistencia completa si recibo pago alguno por los servicios médicos cubiertos por esta aplicación, por ejemplo, pagos de seguro, pagos del programa de gobierno, Premio de una demanda o cualquier otro pago.

Si recibo asistencia financiera, me comprometo a informar Goodall-Witcher Hospital de cualquier cambio que podría afectar la elegibilidad, incluidos los cambios en la cobertura tamaño, ingresos y seguro médico familiar. Entiendo que si mi/nuestra situación médica cambia de modo que yo/nosotros podríamos ser elegibles para un programa de asistencia pública, necesito aplicar a ese programa y proporcionar evidencia de la aplicación.

Firma de Solicitante

Fecha

Firma de Co-solicitante

Fecha