



Junto con su solicitud, por favor incluya copias de la documentación actual para los siguientes miembros que aún viven en el hogar: paciente, esposo(a) del paciente (parejas separadas deben proveer prueba legal de la separación o los ingresos del esposo(a) se requerirán), individuo(a) responsable del paciente, padres del paciente, abuelos, niños y/o hermanos mayores de 18 años. Si el paciente es un estudiante universitario que vive en la universidad, tome en cuenta que se requerirá la información del hogar de los padres.

**1. Comprobante de ingresos de todos los miembros del hogar (Si es aplicable):**

- a. Consecutivos talones de cheque—4 talones, si le pagan semanal, o 2, si le pagan a la quincena, etc.
- b. Documentación para—determinación del Seguro Social de este año, manutención, TANF, desempleo, pensión de retiro o cualquier otro ingresos recibidos en los últimos 30 días.
- c. Si trabaja por su propia cuenta, favor de proveer su declaración de impuestos más reciente, incluyendo todas las páginas de Anexo
- d. Se requiere un reporte de la oficina de desempleo “Wage History Report” con el historial de ingresos, si el paciente o miembro familiar, mayor de 18 años, no recibe ingresos. Favor de entregar el "Release of Information" junto con una copia de su identificación estatal. Si fue despedido dentro de los últimos 30 días, favor de entregar una carta del empleador indicando la fecha de terminación.
- e. Si el paciente no tiene ingresos, se requiere una declaración de apoyo de la persona que apoya al paciente.
- f. Si un miembro de la familia, mayor de 18 años, es un estudiante de la secundaria o universidad, y no tiene ingresos, favor de proveer el horario de clases.
- g. Si el paciente obtiene una carta de determinacion de un Centro de Salud Federalizado (Maple City, Vista), aceptaremos su carta de determinacion en lugar de comprobante de ingresos y estado de cuentas bancarias.

**2. Todas las páginas y transacciones de cuentas bancarias de los miembros del hogar:**

- a. Cuentas de ahorros y de cheque o de su tarjeta de prepago, mostrando las transacciones de los últimos 30 días
- b. Certificados de depósito, cuentas del mercado monetario, bolsa de valores, y estado de cuenta de retiro

**3. Comprobante de domicilio actual, al nombre del paciente o la persona responsable del paciente. Por favor incluya uno de los siguientes documentos:**

- a. Cualquier tipo de factura de servicios que no sea de Goshen Hospital, talón de cheque, o estado de cuenta bancaria puede ser utilizado como comprobante de domicilio.
- b. Contrato con el propietario de su domicilio, carta del propietario, o factura de hipoteca.

**4. Otra información, si aplica:**

- a. Si no tiene seguro médico en el día de servicio, es posible que se le requiera aplicar para el seguro médico del gobierno y que sea complaciente con los requisitos.
- b. Si tenía seguro médico en el día del servicio, pero no tenía su tarjeta para proveer, favor de incluir una copia de su tarjeta de seguro.
- c. Si el paciente y/o un familiar inmediato trabaja por su propia cuenta, y no llena sus impuestos, por favor provee cartas de los clientes en los últimos 30 días, incluyendo el nombre y la información de contacto y la cantidad pagada al paciente y/o familiar.
- d. Si el paciente obtiene una carta de determinacion de un Centro de Salud Federalizado (Maple City, Vista), no se requiera aplicar para el seguro medico del gobierno.

Toda la información se requiere para procesar su solicitud de asistencia. Al recibir la solicitud, información adicional puede ser requerida. Favor tome en cuenta que antes de seguir con esta solicitud, usted ha intentado todas las demás formas de pago que ofrece el hospital antes de calificar para asistencia. **Si no cumple con los requisitos, su solicitud será negada. Su aplicación de Ayuda Financiera es válida por 1 año después de la fecha de su firma.**

Su solicitud y todos los documentos se deben volver antes de:



Por favor de enviar, faxear o traer su solicitud y documentos a:

Goshen Hospital  
Attn: Representante Financiero  
200 High Park Avenue  
Goshen, IN 46526

Si tiene alguna pregunta, por favor de comunicarse con un Representante Financiero. Estamos ubicados en la entrada principal, o llame al (574) 364-2975. Para solicitar copias de nuestra política de asistencia financiera, sumario de asistencia financiera y aplicación de Ayuda Financiera en inglés y español por favor visite nuestro sitio web en <http://goshenhospitalfinancialassistance.com>

**\*\*Su solicitud será procesada y le notificáramos por correo dentro de 3-4 semanas para infórmale de la decisión.\*\***

## Preguntas más frecuentes sobre la Ayuda Financiera

Si envía su solicitud por fax, lo recibimos antes de lo que por correo. Por favor envíe copias y no originales. Por favor, no envíe utilizando ambos métodos, ya que puede retrasar el proceso. Tenga en cuenta: si todos los documentos no se presentaron, la solicitud será denegada y una carta será enviada indicando lo que faltaba.

El proceso de asistencia financiera dura aproximadamente 4 semanas para procesar a partir de la fecha de recepción de todos los documentos. Si su cuenta esta en trámite con la seguridad, por favor, de dar tiempo adicional para completar el proceso ya que debemos esperar hasta que su seguro procesa su reclamo (s).

Si usted tiene un nuevo servicio/cuenta, por favor, póngase en contacto con nuestra oficina para comprobar si la aplicación sigue siendo válida para aplicar la cantidad de asistencia actual.

Tenga en cuenta, si usted tiene varias cuentas, puede recibir más de una carta con respecto a la asistencia financiera. Por favor, mantenga al tanto de sus cuentas / declaraciones y relacionarlas con la carta (s) de determinación.

Si usted es un paciente de Maple City Health Center y ha recibido asistencia de la clínica, provea una carta que indica el nivel de asistencia que ha recibido.

**1. He presentado mi solicitud, ¿qué hago ahora?**

✓ Si su solicitud está completa y su seguro haya pagado su parte, espera un máximo de 4 semanas para procesar.

**2. ¿Tengo que hacer un pago mientras se evalúa mi solicitud?**

✓ No. Nosotros pedimos que no se realicen los pagos de las cuentas corrientes que se están evaluando.

**3. ¿Qué pasa si la cuenta se va a colecciones mientras se evalúa mi solicitud?**

✓ Colocamos sus cuentas en espera para que no siguen el proceso de cobro.

**4. Mi solicitud fue rechazada porque no presente los documentos apropiados. ¿Puedo volver a solicitar?**

✓ Si podría continuar la asistencia si envía los documentos apropiados y si está dentro del tiempo permitido para aplicar. No hay necesidad de volver a presentar otra aplicación. Por favor, escriba el nombre del paciente y el número de cuenta en cada documento que envíe.

**5. Mi cuenta ya se ha ido a las colecciones. ¿Todavía puedo solicitar ayuda financiera?**

✓ Si ha sido 240 días a partir de la primera sentencia que se envió, entonces sí. Si han pasado más de 240 días, días, que no pueden prestar asistencia. Tenga en cuenta que si aceptamos la ayuda de una cuenta que ya se ha ido a colecciones, la cuenta permanecerá abierta en la agencia de colecciones hasta que se tome una determinación. Vamos a ajustar el balance original si la ayuda es aplicada y enviará la información a la agencia.

**6. Tengo varias cuentas y continuará a disponer de servicios. Se combinaran todas mis cuentas en una?**

✓ No. Hacemos asistencia sobre las cuentas que han sido procesados por el seguro. Es su responsabilidad ponerse en contacto con nosotros dentro de 10 días a partir de la carta para establecer un plan de pago de cualquier saldo (s) restante.

**7. ¿La Ayuda Financiera cubre mis facturas del médico, Radiology Inc., APOGEE, Gerig Surgical y proveedores externos?**

✓ No. Por favor, póngase en contacto con cada proveedor para informarse sobre las opciones de asistencia financiera para sus cuentas.

**8. Ya he hecho algunos pagos en mi cuenta. ¿Eso se devolverá a mí?**

✓ Tomaremos sus pagos en cuenta durante la evaluación y se reembolsará en su caso.

**9. ¿Es necesario llenar una solicitud para cada uno de los miembros de mi familia?**

✓ Si tiene preguntas sobre esto, por favor llame a nuestra oficina como situaciones pueden variar.

**10. Ya he entregado mi solicitud pero sigo recibiendo facturas y se están agregando cargos por pagos atrasados.**

✓ Cuando recibimos una solicitud completa, colocamos sus cuentas en espera para que no siguen el proceso de recolección. Sin embargo, las facturas se generan de forma automática, por lo que no son capaces de poner un alto. Si se añaden cargos, se lo quitamos al momento que la ayuda sea aprobada.

**Continúa--->**



Esta solicitud sera evaluada para determinar si usted califica para la ayuda financiera. Por favor de contestar todas las preguntas. Si usted esta solicitando ayuda para otra persona, porfavor conteste cada pregunta sobre la informacion del paciente.

Numero(s) de Cuenta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Información del Paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Domicilio de casa \_\_\_\_\_ Domicilio de correo \*Si es distinta \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Condado de Residencia \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

**Informacion sobre el hogar**

Por favor de nombrar a todos que viven en el hogar

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco al Paciente	¿Tiene cuenta con saldo?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Informacion sobre sus Ingresos**

Nombres de los miembros del hogar que estan trabajando

Nombre del miembro	Cantidad	Cada Cuando	Nombre del Empleador y Numero de Telefono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Otros Ingresos**

Favor de completar este sección sobre otros ingresos, que no sea del trabajo.

Tipo de Ingreso	Cada Cuando	Cantidad	Nombre de la persona
SSI	_____	_____	_____
Manutencion	_____	_____	_____
Desempleo	_____	_____	_____
TANF	_____	_____	_____
Ingresos de Propiedad	_____	_____	_____
Pension	_____	_____	_____
Otros Ingresos	_____	_____	_____

¿Usted anticipa que sus ingresos cambien en los proximos 3 meses? Si No Continúa-->

## Asesos Financieros

¿Tiene cuentas bancarias?	Si / No
Balance de Cheques _____	Banco: _____
Balance de Ahorros _____	Banco: _____

## Seguro Medico

¿El paciente tiene seguro Medico?	Si / No
¿El paciente participa en un plan medico (como Liberty Health Share, Samaritan Ministries, Christian Health Share)?	Si / No
¿Sí? Necesitamos comprobante de pago o una carta de denegacion.	
¿Ha solicitado Medicaid/HIP dentro de 120 días?	Si / No
¿Sí? Necesitamos la carta de determinación.	
¿Tiene beneficios de Cobra?	Si / No
¿Cual es la fechá de terminación?	

## Informacion de su Esposa(o)

Nombre	
Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento

## Acuerdo del Paciente

Yo por el presente aplico por apoyo financiero por los servicios rendidos en Goshen Hospital y certifico que toda la información y contenido proporcionado es la verdad, exacto, y correcto según mi razón y entender. Yo por el presente autorizo a Goshen Hospital y sus apoderados a ordenar un reporte de crédito ó verificar otra información de crédito. Yo por el presente doy el consentimiento a Goshen Hospital para verificar todas las declaraciones hechas en la Aplicación para Ayuda Financiera.

En caso de que el abajofirmante, el paciente, o cualquier otra persona en el beneficio del paciente tienen derecho para recibir los beneficios de su seguro medico a causa de servicios rendidos al paciente por cualquier facilidad de Goshen Hospital dicho seguro medico y los beneficios de su seguro medico por el presente son asignados a Goshen Hospital para la aplicación contra la cuenta del hospital del paciente. Está Ud. de acuerdo que Goshen Hospital o cualquier de sus facilidades puedan publicar un recibo a la compañía de seguro medico por cualquier pago hecho liberando la compañía de seguro medico de cualquier y todas las obligaciones bajo la póliza de dicho seguro medico a la extensión de pago. El abajofirmante y el paciente, sin embargo, se queda responsable por los cobros cubiertos del hospital por este acuerdo en caso que esta aplicación sea negada.

Goshen Hospital reserva el derecho de reevaluar esta aplicación para la ayuda si información adicional llega a ser disponible.

Yo sé que cualquier persona que haga o cause las declaraciones falsas comete un crimen punible por la ley, y se puede multar o puede ser encarcelado por el fraude y/o el perjurio.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Firma del Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Esposo(a) del paciente/ Firma de el Esposo(a) del Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Declaración de Apoyo Financiero**

(Esta forma deberá ser llenada por la persona dando el apoyo financiero, si el solicitante no tiene ingresos)

Yo he sido identificado por el solicitante como la persona que da apoyo financiero. Abajo esta una lista de lo que proveo al solicitante:


Yo certifico y verifico que toda la información dada es verdadera y correcta al mejor de mi entendimiento y creencia. Entiendo que mi firma no me hace responsable financieramente de gastos médicos del solicitante.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante/paciente (de la página #1): \_\_\_\_\_

Pacientes viviendo fuera de la área de servicio de Goshen Hospital, no son elegibles para la ayuda financiera.,Si no está seguro/a si usted califica dentro de nuestra área de servicio, favor de llamar a un Representate Financiero al 574-364-2975.



INDIANA  
**WORKFORCE**  
DEVELOPMENT  
AND ITS **WorkOne** CENTERS

**RELEASE OF INFORMATION**

\*NAME OF APPLICANT (PRINT) \_\_\_\_\_

\*SOCIAL SECURITY: \_\_\_\_\_

\*CURRENT DATE: \_\_\_\_\_

I authorize the Indiana Department of Workforce Development to release all wage and unemployment benefit information to the agency listed below.

\_\_\_\_\_  
\*SIGNATURE OF APPLICANT

Check this box if Power of Attorney is attached

By signing below you agree that you understand that data we release to you is protected under state law (IC 22-4-19-6) and federal regulations (20 CFR § 603.5) as confidential information. You also confirm that you have verified the applicant's identity by viewing some type of photo identification.

**\*NOTE: RELEASE MUST BE SUBMITTED WITHIN 90 DAYS OF APPLICANT SIGNING RELEASE FORM.**

\*Signature of Requestor: \_\_\_\_\_

Requesting Agency: \_\_\_\_\_

Fax Number: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

**\*REQUIRED FIELDS:** For questions email [EmployVerification@dwd.IN.gov](mailto:EmployVerification@dwd.IN.gov)