



Aplicación para Asistencia Financiera

La guía del Departamento de Salud de los Estados Unidos y los Servicios Humanos son usados para determinar si el paciente es elegible para asistencia. Si es elegible, el descuento será usado en todas las oficinas de GP, pero hay exclusiones para unos servicios. Pacientes que no tienen seguro médico y no califican para asistencia financiera pueden recibir un descuento de 30%.

Por favor de traer estos documentos:

1. **Verificación de familiares en la casa.** Por favor de traer un documento para cada persona que a indicado en la forma. (Compañero(a), hijos, Nietos, Padres viviendo en el mismo hogar.)
 - Licencia de conducir o identificación del estado
 - Certificado de nacimiento
 - Documentos de la corte de custodia
 - Documentos de migración
 - Declaración de impuestos (La página que muestra los dependientes)
2. **Verificación de ingreso.** Paciente u otra persona viviendo en el mismo hogar; mayores de 18 años.
 - Talones actuales de pagos de un mes
 - Prueba de ingresos de pagos en efectivo
 - Prueba de desempleo
 - Reporte de historia salarial de la oficina de desempleo, si no se divulgan ingresos
 - Beneficios de seguro social
 - Beneficios de discapacidad
 - Prueba de estampillas de comida y de asistencia económica (TANF)
 - Copia de documentación para soporte financiero de los niños
3. Documentación de asistencia que ha intentado de recibir Medicaid, HIP u otros recursos médicos.

Por favor de regresar sus documentos y la aplicación completa en dos semanas. Si fue aprobada, estaría elegible por asistencia para doce meses. Después de los tres o seis meses necesita traer documentos actuales y llenar una nueva aplicación.

Si tiene preguntas por favor contáctese con los representantes financieros al 574-364-4727 o al 855-411-4608.



Numero de Cuenta: _____

Volver a: _____

La solicitud puede ser enviada por correo a GP Patient Financial Services, PO BOX 834, Goshen IN 46527

Miembros del hogar: Nombres/Fechas de nacimiento de familiares que viven en la misma dirección.

<u>Nombre</u>	<u>FDN</u>	<u>Relación al paciente</u>	<u>Paciente actual?</u>
Cabeza de familia	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Empleo:

Nombre de empleado

Nombre y teléfono del empleador

Nombre de empleado

Nombre y teléfono del empleador

Otros Ingresos:

Hay miembros de su hogar que reciben: (Por favor circule)

Soporte financiero de los niños	SI	NO
Estampillas de comida	SI	NO
Asistencia económica	SI	NO
Beneficios de discapacidad	SI	NO
Beneficios de seguro social	SI	NO

Si circulo SI para cualquiera de las opciones anterior, Por favor nos proporciona con documentación que indica la cantidad que recibes.

La información de arriba es verdadera en lo mejor de mi conocimiento, y yo notificaré a la oficina si mi estado financiero o seguro médico cambia. Si tengo seguro médico (a seguridad), le he presentado la tarjeta a la recepcionista, y si no tengo seguro, yo entiendo que esto podría ser verificado con mi empleador.

Firma
Numero de contacto _____

Fecha