



Aplicación Para Asistencia Financiera

MRN: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad/Estado Código Postal

Número Telefónico: (C) _____ (C) _____ Mejor hora para llamar? _____

Miembros del Hogar – (Incluir solo personas enumeradas en su declaración de impuestos anual y/o pareja)

| Nombre: | Relación: | Fecha de Nacimiento |
|----------|-----------|---------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ | _____ |

Ingreso neto mensual recibido por TODOS los miembros del hogar mencionados arriba:

Sueldos/Salarios (antes de los impuestos): _____ Pensiones/Anualidades: _____
 Seguro Social: _____ Otra Incapacidad: _____
 S.S.I.: _____ Asistencia en Efectivo: _____
 Compensación por desempleo: _____ Compensación WC: _____
 Sustento de hijos: _____ Sustento de Esposa/o: _____
 Beneficios de la Administración de Veteranos (VA): _____ Renta de Propiedades: _____
 Otros ingresos no derivados del trabajo (Incluyen fideicomiso, intereses y dividendos): _____

Recursos contables del Hogar: Favor de detallar sus cuentas disponibles y activos líquidos del hogar. Un ejemplo de activo líquido es dinero efectivo o algún tipo de activo negociable que pueda cambiarse rápido en efectivo, no incluye su casa, artículos de los miembros del hogar, vehículos, IRA, 401 (K) cuentas y otros activos no líquido.

Certificado de Depósito: _____ Acciones o Bonos: _____
 Fondo Fiduciario: _____ Cuentas de Ahorros: _____
 Cuentas de Cheque(s): _____ Certificado de Ahorros: _____
 Bonos de Ahorros Americanos: _____ Club de Navidades/Vacaciones: _____
 Ley de Ahorros para la Salud (HSA)/Fondos de la Ley de Reembolso de Salud (HRA): _____ Mercado de dinero/Fondos de Inversión: _____
 Otro (favor de explicar): _____

Verificación de Ingresos y recursos deben acompañar la aplicación (Por favor adjunte los siguientes documentos si es necesario):

- Adjuntar:
- Si No N/A Declaración completa de Impuestos Federales (el año más reciente). Personal y/o negocios.
 - Si No N/A 3 talonarios de cheques actuales por cada solicitante.
 - Si No N/A Carta de verificación de los beneficios del seguro social, otra incapacidad, pensión, pagos por compensación del empleado o por desempleo.
 - Si No N/A 3 estados de cuentas actuales de cheques/ahorros mostrando todos sus depósitos. Si trabaja por su cuenta – 6 estados de cuenta del banco.
 - Si No N/A Documentación de sustento a hijos/pensión alimenticia
 - Si No N/A Documentación de otra fuente de ingresos
 - Si No N/A Si los miembros del hogar no tienen ingresos, necesita una carta de personas que los asisten en sus necesidades diarias explicando la ayuda que les proveen.
 - Si No N/A Si trabaja por cuenta propia favor de proveer ganancias & pérdidas.
 - Si No N/A Verificación de todos los gastos mensuales para todas las personas que califican a Medicare

Ha usted aplicado para Asistencia Médica? Si o No Si sí, favor de adjuntar la documentación

Ha usted aplicado para el seguro de cuidado de salud asequible? (ACA) Si o No Si sí, favor de adjuntar el aviso

Yo certifico que la información que he provisto es verdadera y precisa. Entiendo que cualquier información falsa o incompleta anulará esta aplicación.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Fecha de aprobación: _____ % Aprobado: _____

Fecha de Reconsideración: _____ % Aprobado: _____

Fecha efectiva: _____

Fecha negado: _____ ingresos superiores No-compatible

Otra razón: _____

Representante financiero del paciente: _____

Fecha: _____

Fecha de Reconsideración

Fecha: _____

Supervisor: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Director: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Información Importante:

- Favor completar la aplicación.
- Con el fin de procesar su aplicación requerimos el respaldo de información de sus ingresos. Por favor incluya estos datos con su aplicación. Nosotros trabajaremos con usted para evaluar si usted califica para el programa basado en la información suministrada por usted al sistema de salud WellSpan. Le aseguramos que no vamos a compartir la información que proporcione - esta información es sólo para fines de clasificación.
- Si usted tiene alguna pregunta de cómo completar la aplicación o no está seguro de que usted califique, favor contactar los lugares listados en la parte de abajo de esta página.

Envíe la aplicación y documentación a:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> WellSpan Physician Billings Services 1803 Mount Rose Avenue Suite B3 York, PA 17403 717-851-6395 (phone) 717-851-6904 (fax) Lunes – Jueves 8 a.m. – 4:30 p.m. Viernes 8 a.m. – 4 p.m. | <input type="checkbox"/> WellSpan York & Gettysburg Hospitals Patient Administrative Services 1001 S. George St. PO Box 15198 York, PA 17405-9988 717-851- 6395 (phone) 717-851- 6904 (fax) Lunes – Jueves 8 a.m. – 4:30 p.m. Viernes 8 a.m. – 4 p.m. | <input type="checkbox"/> WellSpan Ephrata Community Hospital/ WellSpan Medical Group-Lancaster County Customer Service Department 169 Martin Ave PO Box 1002 Ephrata, PA 17522-1002 717-738-6261 (phone) 717-733-6066 (fax) Lunes – Viernes 8 a.m. – 4 p.m. |
| <input type="checkbox"/> WellSpan Good Samaritan Hospital/ WellSpan Medical Group-Lebanon 4 th & Walnut Streets Patient Financial Advocate 1 st Fl/PAS Lebanon, PA 17042 717-270-4881 (phone) 717-270-3788 (fax) Lunes – Viernes 7:30 a.m. – 4:30 p.m. | <input type="checkbox"/> Philhaven Patient Financial Services 283 S. Butler Rd. PO Box 550 Mt. Gretna, PA 17064 717-675-1111 (phone) 717-270-2449 (fax) Lunes – Viernes 8 a.m. – 4 p.m. | |

Nosotros queremos ayudarle. Favor entregue su aplicación completa de inmediato!

Usted puede recibir facturas hasta que recibamos su aplicación completa y los documentos de respaldo.