



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Gracias por elegir Good Samaritan para sus necesidades de atención médica. Mientras se recupera de una enfermedad o se rehabilita de un accidente o lesión, lo último de lo que quiere preocuparse es de cómo pagar las facturas médicas. Good Samaritan lo comprende y le facilita solicitar asistencia financiera.

Complete este formulario lo mejor que pueda y entréguelo, junto con la información necesaria para verificar sus ingresos, en un plazo de 15 días. De ese modo, podremos responder a su solicitud lo antes posible. Si le gustaría brindar información adicional de cualquier clase que considere que nos ayudará a entender mejor su situación, adjunte una carta a esta solicitud.

Si no completa la solicitud ni entrega toda la documentación necesaria para verificar sus ingresos, se rechazará la solicitud.

NOMBRE DEL PACIENTE/GARANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ *N.º DE SEGURO SOCIAL _____

DOMICILIO _____ CIUDAD, ESTADO _____

N.º DE TELÉFONO _____ N.º DE CUENTA _____

NOMBRE DEL CÓNYUGE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ * N.º DE SEGURO SOCIAL _____
*El número de seguro social no se usará para determinar la elegibilidad.

A. DEPENDIENTES (Todo menor de 18 años que viva en la casa)

Nombre	Edad	Parentesco	Nombre	Edad	Parentesco
1.			5.		
2.			6.		
3.			7.		
4.			8.		

B. ¿Algún miembro de la familia tiene cobertura de seguro médico? Sí o No

C. ¿Algún miembro de la familia tiene cobertura de un programa de costo compartido? Sí o No

D. ¿Algún miembro de la familia forma parte del contrato de la comunidad amish? Sí o No

E. ¿Ha solicitado beneficios de Medicaid? Sí o No En caso afirmativo, indique la fecha de solicitud:

F. Indique el ingreso del hogar:

Nombre de la persona que trabaja _____ Empleador _____ Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____ Cantidad del pago en bruto por período _____ ¿Frecuencia del pago? _____ Horas de trabajo a la semana _____ ¿Las horas varían? Sí o No ¿La persona trabaja por su cuenta? Sí o No	Nombre de la persona que trabaja _____ Empleador _____ Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____ Cantidad del pago en bruto por período _____ ¿Frecuencia del pago? _____ Horas de trabajo a la semana _____ ¿Las horas varían? Sí o No ¿La persona trabaja por su cuenta? Sí o No
--	--

G. Fuentes de ingreso adicionales (debe proporcionarse documentación):

Ingresos del Seguro Social	\$	Manutención de los hijos o pensión	\$
Ingresos por desempleo	\$	Indemnización por accidente laboral	\$
Pensión	\$	Jubilación	\$
Pagos de veteranos	\$	Ayuda social	\$
Ingresos de patrimonios o fideicomisos	\$	Ingresos de propiedades	\$
Intereses, dividendos, alquileres, regalías	\$	Otros ingresos	\$

H. Gastos mensuales del hogar. Indique el monto que paga mensualmente:

Pago o alquiler de la casa	\$
Seguro del hogar	\$
Pago del automóvil	\$
Seguro del automóvil	\$
Seguro de vida	\$
Servicios públicos	\$

Tarjetas de crédito	\$
Préstamos	\$
Facturas médicas	\$
Gasolina	\$
Comestibles	\$
Otros	\$

Declaro que la información mencionada es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que, si se determina que la información que proporcioné es falsa, se rechazará la asistencia financiera, y se esperará que pague los servicios brindados de cuyo pago seré responsable.

Firma del paciente o garante

Fecha

Firma del cónyuge

Fecha

La siguiente información DEBE entregarse junto con la solicitud de asistencia financiera completa y firmada a fin de que se procese dicha solicitud. **NO envíe los documentos originales.**

****SI NO LE ES POSIBLE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN FISCAL O BANCARIA, DEBE ENVIAR UNA EXPLICACIÓN FIRMADA. Proporcione todo lo que le aplique:**

- Verificación de asistencia para vivienda, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o cupones para alimentos.
- Formulario federal de impuestos 1040 del año anterior (**TODOS LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES, NO PUEDEN ACEPTARSE LOS W-2**). Si no tiene una copia de sus impuestos, puede visitar www.irs.gov o llamar al 317-685-7500 y pedir una "transcripción de la declaración de impuestos".
- Una copia de la carta en la que se otorga Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Discapacidad. Llame al 800-772-1213 para pedir una copia.
- Verificación de pensión, jubilación, subsidio por desempleo o indemnización laboral.
- Recibos de pago de este año hasta la fecha **PARA LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS** o la declaración de ingresos actual emitida por el empleador. Si no tiene ingresos, tendrá que firmar un pedido de transcripción salarial a Work One, la oficina que lo proporciona. **Además, si está desempleado, debe proporcionar una declaración de la persona que lo ayuda económicamente. Si nadie lo ayuda, proporcione una carta de adversidad en la que explique su situación actual de vida sin ingresos.**
- Comprobante de manutención de los hijos (recibida o pagada).
- Para verificar los ingresos, necesitamos el extracto bancario completo de cuentas de ahorro o de cheque de los últimos 30 días. **No pueden aceptarse recibos de cajeros automáticos ni capturas de pantalla de las cuentas. LA DOCUMENTACIÓN DEBE INCLUIR INFORMACIÓN QUE LO IDENTIFIQUE (NO PUEDE ESTAR ESCRITA A MANO).** Incluya **TODAS** las páginas del extracto bancario, incluidos todos los depósitos y extracciones.

Si el extracto bancario muestra transacciones con una cuenta que no le pertenece a usted o a su cónyuge, debe proporcionar una declaración de la institución bancaria para verificar esta información.

- Recibos de medicamentos de los últimos 60 días (impresos en la farmacia).
- Comprobante de pago del seguro médico.
- Copia de la sentencia de divorcio o documentación de separación legal, si corresponde. Debe presentar la sentencia de divorcio si se divorció durante el último año.
- Si su desempleo es reciente o tiene un despido temporal, proporcione una declaración de su empleador que respalde esta información.

El incumplimiento dará lugar al rechazo de su solicitud.

Esta información debe enviarse a la siguiente dirección:

Good Samaritan Hospital Central Billing Office
1160 E. St. Clair St., Vincennes, IN 47591
Correo electrónico: kderouin@gshvin.org
Teléfono: 812-885-3340 Fax: 812-885-3917

****TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: LOS COPAGOS PUEDEN ESTAR INCLUIDOS EN LA ASISTENCIA SI EL CONTRATO DE GOOD SAMARITAN CON COMPAÑÍAS DE SEGUROS DE TERCEROS PERMITE QUE SE APLIQUE LA ASISTENCIA FINANCIERA A LOS COPAGOS.**

La asistencia financiera se aplicará a las cuentas en las que el primer resumen de facturación se haya enviado en un plazo de 240 días desde la fecha en que se solicitó la asistencia, y será válida por 6 meses. Luego, revisaremos su información y determinaremos su elegibilidad para el resto del año natural.

La asistencia financiera aplica solo a los servicios que el paciente ha recibido de Good Samaritan, Physician Network y Samaritan Center. Podría recibir una factura directamente de otras oficinas de facturación de proveedores afiliados (p. ej., Midwest Emergency Medicine, Clinical Radiologists, Apogee Physicians, Reginald Sandy, MD, Terry Fenwick, MD, etc.), y la asistencia financiera no aplica a esas facturas. Debe comunicarse con esa agencia de facturación y hacer los arreglos para recibir asistencia financiera.

SOLO PARA USO INTERNO

Recibió la solicitud:

Fecha: