

**Financial Assistance Application for Keystone Health**

**Solicitud de ayuda financiera para Salud Keystone**

Nombre de el/la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ ¿Mejor hora para llamar? \_\_\_\_\_

**Miembros del hogar – (incluya solamente dependientes en el hogar) \*\* Anote nombres adicionales detrás**

Nombre:	Relación:	Fecha nacimiento:	Empleado(a) S/N:	Seguro Médico S/N:	Acct#
1. _____	<u>Yo mismo/a</u>	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	_____

**Ingresos brutos mensuales recibidos en el hogar:**

**\*\* Información requerida solamente si está aplicando para el Programa de Cuidado Summit**

Sueldos/Salarios (antes de impuestos): \_\_\_\_\_ Jubilaciones/A anualidades: \_\_\_\_\_

Seguro social: \_\_\_\_\_ Otra discapacidad: \_\_\_\_\_

SSI/SSDI: \_\_\_\_\_ \*\*Asistencia en efectivo: \_\_\_\_\_

Compensación por desempleo: \_\_\_\_\_ \*\*Beneficios de la Administración de Veteranos: \_\_\_\_\_

Manutención para hijos menores: \_\_\_\_\_ \*\*Compensación Obrera: \_\_\_\_\_

Pensión de el/la cónyuge: \_\_\_\_\_ Intereses/Dividendos: \_\_\_\_\_

Otros ingresos: \_\_\_\_\_

**Recursos del hogar:**

**\*\* Información requerida solamente si está aplicando para el Programa de Cuidado Summit**

Cuenta(s) corriente(s) \_\_\_\_\_ Cuenta(s) de ahorro: \_\_\_\_\_

\*\*Cuenta de Ahorros de Navidad/Vacaciones: \_\_\_\_\_ \*\*Acciones o bonos: \_\_\_\_\_

\*\*Certificados de depósito: \_\_\_\_\_ \*\*Cuentas del mercado monetario: \_\_\_\_\_

\*\*Fondos fiduciarios \_\_\_\_\_ \*\*Bonos de ahorro de los Estados Unidos: \_\_\_\_\_

**Para procesar su solicitud, hay que retornar la siguiente información con este formulario:**

- Estados de cuentas corrientes y de ahorros que muestren las actividades detalladas del mes previo (individuales y empresariales). Los estados tienen que mostrar el nombre de la institución financiera y el nombre y número de la cuenta del cliente.
- Recibos de pago o una carta del empleador que enumera las remuneraciones antes de impuestos durante los últimos 3 meses.
- Prueba de todos los otros ingresos brutos mensuales del hogar recibidos durante el año.

¿Ha solicitado Asistencia Médica durante los últimos 90 días? Sí / No **En caso afirmativo**, fecha de la aplicación: \_\_\_\_\_

**Si no**, por favor anotar en la parte reversa de la solicitud. Iniciales de la Navegadora \_\_\_\_\_

**¿Tenemos su permiso para compartir la información contenida en esta solicitud con otros proveedores de atención médica para que ellos determinen la elegibilidad para asistencia financiera para los servicios de ellos? Sí / No**

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa y que puede ser revisada para verificar su exactitud. Comprendo que la falsificación intencional o la omisión de información contenida en esta solicitud resultará en la negación de asistencia financiera.

**Firma de el/la solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Si tiene preguntas, por favor de llamarnos para ayuda: Alcance Comunitario de Salud Keystone 717-709-7969**

Account# \_\_\_\_\_

Approved Date: \_\_\_\_\_

Approved By: \_\_\_\_\_

Discount%: \_\_\_\_\_

Expiration Date: \_\_\_\_\_

Denied Date: \_\_\_\_\_

Denial Reason: \_\_\_\_\_ Over Income \_\_\_\_\_ Did not receive all documentation

Income: \_\_\_\_\_

Processor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

RF Primary: \_\_\_\_\_ RF Secondary: \_\_\_\_\_

What is Primary Insurance: \_\_\_\_\_

Deductible/Co-insurance: \_\_\_\_\_

NAVIGATOR COMMENTS:

Did Navigator assist patient in applying for Medical Insurance? Yes/No

If so, what plan: \_\_\_\_\_ MA \_\_\_\_\_ CHIP \_\_\_\_\_ MP

If not, why: \_\_\_\_\_