



Keystone Health

Financial Assistance Application for Keystone Health
Solicitud de Ayuda Financiera para Salud Keystone

Dirección: _____

Teléfono: Casa _____ Celular _____ ¿Mejor hora para llamar? _____

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

Nombre:	Relación:	Fecha nacimiento:	Empleado(a) S/N:	MRN#	M/D/BH
1. _____	<u>Yo mismo/a</u>	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	_____

Ingresos brutos mensuales recibidos en el hogar:

Sueldos/Salarios/Propinas (antes de impuestos): _____

Seguro social: _____

Ingreso de Empleo/Negocio Propio: _____

Compensación por Desempleo: _____

Pensión de el/la cónyuge: _____

Jubilaciones/Anualidades: _____

Otros ingresos/Inversiones (Incluyendo por Renta de Propiedad): _____

Recursos del hogar:

Cuenta(s) corriente(s) _____ Cuenta(s) de ahorro: _____

Para que su solicitud sea procesada, deberá devolver la siguiente información junto con este formulario, si corresponde:

- Estados de cuentas corrientes y de ahorros que muestren las actividades detalladas de los 2 meses previos (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 2 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 _____

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

Office Use Only

Account# _____ Guarantor: _____

Approved Date: _____ Approved By: _____

Scale: _____ 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: _____

Card made by: _____

Card scanned in Practice Management System by: _____

Discounts applied in Medical by: _____

Forwarded to Dental and discounts applied: _____

Added to spreadsheet by: _____

06_1_25 SMS