Solicitud de Asistencia Financiera

Garante ID/MRN: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de casa: _____

Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: (C) _____ (Cel) _____ Mejor momento para llamar _____

☐ **Certifico que soy miembro de un grupo anabaptista cuyas creencias establecidas prohíben participar o solicitar Medicaid.**

¿Tiene usted un Plan de Compartir? Sí ☐ No ☐

Nombre del seguro: _____ **% de pagos:** _____

Nombre del diácono: _____ **Número de teléfono:** _____

Conferencia/Grupo de Iglesia: _____

Miembros del hogar – (Incluye solo a las personas que están en la declaración de impuestos anual más reciente. Si el hogar tiene más de siete miembros, por favor agregue miembros adicionales en la página 2 de la solicitud.)

Nombre:	Relación	Fecha de nacimiento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Ingreso bruto mensual recibido de TODOS los miembros del hogar mencionados anteriormente: Salarios/Sueldos (antes de impuestos):
Ingresos de Seguro Social: _____
Compensación por desempleo/compensación laboral: _____
Beneficios de la Administración de Veteranos (VA): _____

Pensiones/Anualidades: _____
Asistencia en efectivo: _____
Manutención de los hijos: ____ **Manutención conyugal:** _____
Ingresos no ganados (fideicomisos, intereses, alquiler, discapacidad): ___

Recursos calculables disponibles en el hogar: Indique las cuentas y los activos líquidos de que dispone su hogar. Se entiende por activo líquido el dinero en efectivo o cualquier tipo de activo negociable que pueda convertirse de forma rápida y sencilla en dinero en efectivo. No incluya su vivienda, los enseres domésticos, los vehículos, las cuentas IRA, las cuentas 401(k) ni otros activos no disponibles.

Cheque: _____
Ahorro: _____
Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA)/ (HRA): _____
Club de Navidad/Vacaciones: _____

Acciones/ Bonos/Fondos de inversión/Mercado monetario: _____
Certificado de Depósito: _____
Bonos **de ahorro estadounidenses:** _____
Fondo fiduciario: _____

Servicios de aplicaciones móviles (PayPal, Cash App, Venmo, Apple Pay, etc.) _____
Otros (por favor, explique): _____

La verificación de ingresos y recursos debe acompañar a la solicitud (Por favor, adjunte lo siguiente si corresponde):

☐Sí ☐No Declaración Federal de Impuestos Completa más reciente. Personal y/o empresarial (pérdidas y ganancias).

☐Sí ☐No Recibos de nómina actuales/consecutivos de los últimos 30 días para cada solicitante que trabaja en el hogar.

☐Sí ☐No Cartas de adjudicación que muestran depósitos de la Seguridad Social, otros pagos por discapacidad, pensiones, compensación laboral o compensación por desempleo.

☐Sí ☐No Documentación de manutención de menores/pensión alimenticia

☐Sí ☐No 3 Estados de cuenta bancarios actuales/consecutivos para todos los miembros del hogar, incluyendo cuentas corrientes/ahorros/PayPal/servicios de aplicaciones móviles, todas las páginas. Si es autónomo 6 estados bancarios actuales/consecutivos, todos personales y de todos los negocios.

☐Sí ☐No Explicación escrita de todos los depósitos superiores a 100 dólares en cuentas bancarias (excluyendo los depósitos directos y la Seguridad Social

☐Sí ☐No Verificación de los recursos disponibles

☐Sí ☐No Si el hogar no tiene ingresos, las cartas de personas que ayudan con la vida diaria deben explicar la ayuda que proporcionan.

☐Sí ☐No Verificación de todos los gastos mensuales para los solicitantes elegibles de Medicare.

¿Tiene un plan de seguro médico? Sí ☐ No ☐ Sí no, ¿por qué? ____
¿Ha solicitado asistencia médica?? Sí ☐ No ☐ En caso de que sí, adjunte la notificación

¿Ha solicitado un seguro de cuidado asequible a través de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA)? Sí – No Si **es así, por favor adjunta un aviso**

Certifico que la información que he facilitado es verdadera y exacta. Entiendo que cualquier información falsa o incompleta anulará esta solicitud. Esta información se utiliza únicamente para efectos de evaluación de requisitos. Asimismo, entiendo que esta información puede compartirse con mi diácono de la comunidad, si procede. Para tramitar su solicitud, necesitamos documentación acreditativa de sus ingresos. Colaboraremos con usted para evaluar su cumplimiento de los requisitos del programa basándonos en la información facilitada a WellSpan Health. Los solicitantes comprenden que, si disponen de un plan de reparto de gastos, esta solicitud quedará pausada hasta que recibamos el pago correspondiente a la parte que debe abonar dicho plan. Una vez recibido el pago, procederemos a revisar la solicitud para aprobar el saldo restante del paciente. Es posible que siga recibiendo facturas hasta que recibamos la documentación de apoyo necesaria para completar su solicitud.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Presente su solicitud completada y firmada junto con toda la documentación requerida y/o si tiene cualquier duda sobre el proceso de solicitud:

Número de teléfono: 717-851-5051 De lunes a viernes 8am-4pm
Fax: 717-851-3100
Correo electrónico: WSHFinancialAssistance@wellspan.org
Correo postal: PO Box 20607 York, PA 17402

MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR (Continuación de la página 1 si es necesario)

Miembros del hogar – (Incluya solo a las personas que están en la declaración de impuestos anual más reciente. Si el hogar tiene más de siete miembros, por favor agregue los miembros adicionales en la página 2 de la solicitud.)

Nombre:	Relación	Fecha de nacimiento

WellSpan York Hospital/
WellSpan Medical Group
York County
1001 S George St.
PO Box 15198
York, PA 17403
(717)851-5051 (teléfono)
(717)851-3100 (fax)
De lunes a viernes 8 a.m.– 4 p.m.

WellSpan Philhaven/
WellSpan Medical Group
Lebanon County
283. S. Butler Rd.
Mt. Gretna, PA 17064
(717)851-5051 (teléfono)
(717)851-3100 (fax)
De lunes a viernes 8 a.m.– 4 p.m.

WellSpan Evangelical Community Hospital/WellSpan Medical Group
Lewisburg County
1 Hospital Dr
Lewisburg, PA 17837
(717)851-5051 (teléfono)
(717)851-3100 (fax)
De lunes a viernes 8 a.m.– 4 p.m.

WellSpan Ephrata Community Hospital/
WellSpan Medical Group
Lancaster County
169 Martin Ave.
Ephrata, PA 17522-1002
(717)851-5051 (teléfono)
(717)851-3100 (fax)
De lunes a viernes 8 a.m.– 4 p.m.

WellSpan Good Samaritan Hospital/
WellSpan Medical Group
Lebanon County
4th & Walnut Streets
Lebanon, PA 17042
(717)851-5051 (teléfono)
(717)851-3100 (fax)
De lunes a viernes 8 a.m.– 4 p.m.

WellSpan Gettysburg Hospital/
WellSpan Medical Group
Adams County
147 Gettys St.
Gettysburg, PA 17325
(717)851-5051 (teléfono)
(717)851-3100 (fax)
De lunes a viernes 8 a.m.– 4 p.m.

WellSpan Chambersburg Hospital/
WellSpan Medical Group
Franklin County
112 N 7th St.
Chambersburg, PA 17201
(717)851-5051 (teléfono)
(717)851-3100 (fax)
De lunes a viernes 8 a.m.– 4 p.m.

WellSpan Waynesboro Hospital/
WellSpan Medical Group
Franklin County
501 E. Main St.
Waynesboro, PA 17268
(717)851-5051 (teléfono)
(717)851-3100 (fax)
De lunes a viernes 8 a.m.– 4 p.m.