



# Gibson Area Hospital & Health Services

*GIBSON GETS IT*

*1120 North Melvin Street      Gibson City, IL 60936  
217-784-4251*

## **PROGRAMA GIBSON CARES PARA EL 2017**

**IMPORTANTE: ES POSIBLE QUE PUEDA RECIBIR ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO.**

Al completar esta aplicación ayudará a GAHHS a determinar si usted puede recibir servicios gratuitos o con descuentos u otros programas públicos que pueden ayudarle a pagar por su atención médica. Por favor complete este formulario y entreguelo en el hospital en persona o envíelo por correo, correo electrónico, o fax para solicitar atención gratuita o con descuento **dentro de los 120 días después de la dada de alta o de la fecha del recibo de la atención ambulatoria.**

Para calificar, los servicios deben ser médicamente necesarios. Los procedimientos electivos no califican. Es posible que se le solicite su co-pago de seguro al momento del servicio.

El paciente reconoce que él o ella ha hecho un esfuerzo de buena fe para proporcionar toda la información requerida en la solicitud para asistir al hospital para poder determinar si el paciente es elegible para la ayuda financiera.

SI NO TIENE SEGURO, NO NECESITA UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR POR LA ATENCIÓN GRATIS O CON DESCUENTO. Sin embargo, se requiere un número de Seguro Social para algunos programas públicos, incluyendo Medicaid. No se requiere proporcionar un número de Seguro Social, pero esto ayudaría al hospital a determinar si usted califica para algún programa público.

**Por favor, continúe en la página 2 para aplicar.**

# SOLICITUD DEL PROGRAMA GIBSON CARES PARA EL 2016

Para aplicar: Por favor complete este formulario, junto con TODA la documentación requerida.

Nombre: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre): \_\_\_\_\_ (IS): \_\_\_\_\_

Teléfono de Vivienda: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del

Cónyuge: \_\_\_\_\_

¿Es un residente de Illinois? \_\_\_\_\_

¿Este servicio es el resultado de un accidente o crimen? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

Número de personas en su familia/vivienda: \_\_\_\_\_

Número de exenciones declaradas en el formulario 1040 del IRS: \_\_\_\_\_

Número de dependientes: \_\_\_\_\_

Nombre y Edad de los dependientes: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Empleador del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Dirección y Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección y Teléfono: \_\_\_\_\_

Duración del empleo: \_\_\_\_\_

Cónyuge: \_\_\_\_\_

\* Ingresos:

Paciente/Garante

Cónyuge/Pareja

Salarios:

\_\_\_\_\_

**Encerrar en  
círculo:**

Empleo por cuenta propia:

\_\_\_\_\_

Desempleo:

\_\_\_\_\_

Quincenal

Seguro Social:

\_\_\_\_\_

Discapacidad SS:

\_\_\_\_\_

Mensual

Discapacidad de Veteranos:

\_\_\_\_\_

Pensión para Veteranos:

\_\_\_\_\_

Anual

Compensación para los Trabajadores:

\_\_\_\_\_

TANF:

\_\_\_\_\_

Otro

Ingreso de Jubilación:

\_\_\_\_\_

Manutención de Menores / Pensión Alimenticia:

\_\_\_\_\_

Otro: (especificar)

\_\_\_\_\_

Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Medicare: \_\_\_\_\_

Segundo Seguro: \_\_\_\_\_

¿Medicare Parte D?: \_\_\_\_\_

Medicaid: \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Beneficios para Veteranos: \_\_\_\_\_

Otras Coberturas: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_ Corriente \_\_\_ Ahorros \_\_\_ CD \_\_\_

Activos:

Corriente \$ \_\_\_\_\_

Ahorros \$ \_\_\_\_\_

Acciones \$ \_\_\_\_\_

CD's \$ \_\_\_\_\_

Fondos Mutuos \$ \_\_\_\_\_

Autos \$ \_\_\_\_\_

Año, marca, modelo \_\_\_\_\_

Bienes Raíces \$ \_\_\_\_\_

HAS/FSA \$ \_\_\_\_\_

\*\*Gastos Mensuales:

Vivienda: \$ \_\_\_\_\_

Servicios: \$ \_\_\_\_\_

Comida: \$ \_\_\_\_\_

Transporte \$ \_\_\_\_\_

Cuidado de Niños \$ \_\_\_\_\_

Préstamos \$ \_\_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

Médico \$ \_\_\_\_\_

Otro \$ \_\_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Voy a solicitar cualquier asistencia estatal, federal o local a la que yo pueda ser elegible para ayudar a pagar por esta factura del hospital. Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada por el hospital, y autorizo al hospital a ponerse en contacto con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud, incluyendo la ejecución de un informe de la agencia de crédito. Entiendo que si doy deliberadamente información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera, cualquier ayuda financiera concedida podrá ser revertida, y yo seré responsable por el pago de la factura del hospital.

Firma del Paciente o Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*La documentación de los ingresos familiares pueden ser verificados con las de declaraciones de impuestos federales y/o talones de pago. Adjunte estos en esta solicitud. La solicitud no puede ser procesada sin esta documentación. También podemos solicitar un estado de cuenta para verificar los depósitos realizados automáticamente en su cuenta.**

\*\*Si usted cumple con los criterios de elegibilidad presuntos o es elegible de otra manera presuntiva en virtud de los ingresos familiares del paciente, no está obligado a completar la sección de la aplicación sobre los gastos mensuales.