

PROGRAMA GIBSON CARES DEL 2017

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

Al completar esta solicitud y proporcionar todos los documentos requeridos 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 haber sido dado de alta o de haber recibido la atención ambulatoria.**

Para calificar, los servicios deben ser médicamente necesarios.

Los siguientes servicios **no** son considerados médicamente necesarios:

Servicios Cosméticos, Servicios relacionados con la Bariatría (Obesidad), Servicios Electivos, Servicios no recibidos en una instalación del GAHHS, Servicios considerados no cubiertos por Medicare, independientemente que el paciente esté cubierto por Medicare.

Normalmente, la ayuda financiera **no** está disponible para:

Copagos de seguros, deducibles de seguros, incumplimiento con los requisitos razonables de los seguros tales como la obtención de autorizaciones o remisiones (derivaciones a otros médicos), personas que optan por quedarse fuera o salirse de la cobertura de seguros, individuos que residen fuera del área de servicio primario del GAHHS. *Aún se le pedirá que pague su copago y deducible del seguro al momento del servicio. La disponibilidad de ayuda financiera no es un sustituto de la responsabilidad personal.*

Usted reconoce que ha hecho un esfuerzo de buena fe por proporcionar toda la información requerida en la solicitud a fin de ayudar al hospital a determinar si el paciente es elegible para la ayuda financiera.

Documentación requerida:

Declaración de impuestos actual, detalles de pago actuales, estados de cuenta actuales

SI NO ESTÁ ASEGURADO, NO NECESITA UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA CALIFICAR POR LA ATENCIÓN GRATUITA 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 ayudará al hospital a determinar si usted califica para algún programa público.

Por favor, continúe en la página 2 para hacer una solicitud.

SOLICITUD DEL PROGRAMA GIBSON CARES DEL 2017

Para hacer la solicitud: 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 usted 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 dependientes: _____
 Número de exenciones declaradas en el formulario 1040 del IRS: _____
 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:	_____	_____
Empleo por cuenta propia:	_____	_____
Desempleo:	_____	_____
Seguro Social:	_____	_____
Discapacidad SS:	_____	_____
Discapacidad de Veteranos:	_____	_____
Pensión para Veteranos:	_____	_____
Compensación para los Trabajadores:	_____	_____
TANF:	_____	_____
Ingreso de Jubilación:	_____	_____
Manutención de Menores / Pensión Alimenticia:	_____	_____
Otro: (especificar)	_____	_____

Encerrar en círculo:
Quincenal
Mensual
Anual
Otro

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 Mutuales \$ _____

Autos \$ _____ Año, marca, modelo _____

Bienes Raíces \$ _____

HAS/FSA \$ _____

**Gastos Mensuales:

Vivienda: \$ _____

Servicios: \$ _____

Alimentación: \$ _____

Transporte \$ _____

Cuidado de Niños \$ _____

Préstamos \$ _____ Especificar: _____

Médico \$ _____

Otro \$ _____ Especificar: _____

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. 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: _____

Cónyuge: _____ Fecha: _____

***La documentación de los ingresos familiares pueden ser verificados con las de declaraciones de impuestos federales y/o detalles 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 supuestamente elegible en virtud de los ingresos familiares del paciente, no está obligado a completar la sección de la solicitud sobre los gastos mensuales.