



Aplicación para Asistencia Financiera

MRN: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad/Estado Código postal

Número telefónico: (Casa) _____ (C) _____ ¿Mejor hora para llamar?

Miembros del hogar – (Incluir solo personas enumeradas en su declaración de impuestos anual y/o pareja)

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

Ingreso neto mensual recibido por TODOS los miembros del hogar mencionados arriba:

Sueldos/Salarios (antes de los impuestos): _____ Pensiones/Anualidades: _____
 Ingreso por el seguro social: _____ Asistencia en efectivo: _____
 Desempleo/WC compensación: _____ Sustento a hijos: _____ Sustento a esposa (o): _____
 Beneficios de la administración de veteranos (VA): _____ Ingreso no ganado (fideicomiso, intereses, renta, e incapacidad): _____

Recursos contables del hogar: Favor de detallar sus cuentas disponibles y activos líquidos del hogar. El activo líquido es dinero en efectivo o cualquier tipo de activo negociable que pueda cambiarse rápidamente al efectivo, no incluye su casa, artículos del hogar, vehículos, IRA, 401 (K) cuentas y otros activos no líquidos.

Cuenta de cheques: _____ Cuenta de ahorros: _____ Acciones/Bonos/Fondos mutuos/Mercado monetario: _____
 Fondo fiduciario: _____ Cuentas de ahorros de salud (HSA)/(HRA): _____
 Certificados de depósito: _____ Pay Pal: _____
 Bonos de ahorros americanos: _____ Club de Navidades/Vacaciones: _____
 Otro (favor de explicar): _____

La verificación de ingresos y recursos deben acompañar la aplicación (Por favor adjunte los siguientes documentos si es necesario):

- Adjuntar:
- Si No N/A Declaración completa de impuestos federales (el año más reciente). Personal y/o negocios.
 - Si No N/A Talonarios de pago de los últimos 30 días de cada solicitante que trabaja.
 - Si No N/A Carta de verificación de los beneficios del seguro social, otra incapacidad, pensión, pagos por compensación del empleado o por desempleo.
 - Si No N/A 3 estados de cuentas actuales de cheques/ahorros/Pay pal, todas las páginas. Si trabaja por su cuenta – 6 estados de cuenta del banco.
 - Si No N/A Explicación por escrito de todos los depósitos por encima de 100.00 en las cuentas de banco (Excluir depósitos directos y del seguro social)
 - Si No N/A Verificación de todos los recursos contables.
 - Si No N/A Documentación de sustento a hijos/pensión alimenticia
 - Si No N/A Documentación de otra fuente de ingresos
 - Si No N/A Si los miembros del hogar no tienen ingresos, necesita una carta de personas que los asisten en sus necesidades diarias explicando la ayuda que les proveen.
 - Si No N/A Si trabaja por cuenta propia favor de proveer ganancias y pérdidas.
 - Si No N/A Verificación de todos los gastos mensuales de Medicare para aplicantes elegibles.

¿Tiene usted un plan de seguro médico? Sí o No Si no, ¿Por qué? _____

¿Ha usted aplicado para asistencia médica? Sí o No Si sí, favor de adjuntar la documentación

¿Ha usted aplicado para el seguro de cuidado de salud asequible? (ACA-Marketplace) Sí o No Si sí, favor de adjuntar el aviso

Yo certifico que la información que he proporcionado es verdadera y precisa. Entiendo que cualquier información falsa o incompleta anulará esta aplicación.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Fecha de aprobación: _____

% Aprobado: _____

Fecha de vigencia: _____

Fecha de negación: _____

Representante financiero del paciente: _____

Fecha: _____

Supervisor: _____

Fecha: _____

Información importante:

- Favor completar, firmar y poner la fecha a la aplicación.
- Con el fin de procesar su aplicación requerimos el respaldo de información de sus ingresos. Por favor incluya estos datos con su aplicación. Nosotros trabajaremos con usted para evaluar si usted califica para el programa basado en la en la información suministrada a WellSpan Health. Por favor entienda que no vamos a compartir la información que usted proporcione - esta información es sólo para fines de calificación.
- Si usted tiene alguna pregunta de cómo completar la aplicación o no está seguro de que usted califica, favor contactar los lugares nombrados en la parte de abajo de esta página.

Para preguntas, favor de contactar:

WellSpan York & Adams county Hospital/WellSpan Medical Group

601 Memory Lane
York, PA 17402
(717) 851-5051 (Teléfono)
717-851-6904 (fax)
Lunes – Viernes 8 a.m. – 4 p.m.

WellSpan Ephrata Community WellSpan Medical Group- Lancaster County

169 Martin Ave
Ephrata, PA 17522-1002
(717) 851-5051 (Teléfono)
(717) 733-6066 (fax)
Lunes – Viernes 8 a.m. – 4 p.m.

WellSpan Chambersburg Hospital

760 E. Washington St
Chambersburg, PA 17201
(717) 267-7129 (Teléfono)
(717) 267-7597 (fax)
Lunes – Viernes 8 a.m. – 4 p.m.

WellSpan Philhaven

283 S. Butler Rd
Mt. Gretna, PA 17064
717-675-1111 (Teléfono)
717-270-2449 (fax)
Lunes – Viernes 8 a.m. – 4 p.m.

WellSpan Good Samaritan Hospital/ WellSpan Medical Group- Lebanon

4th & Walnut Streets
Lebanon, PA 17042
(717) 851-5051 (Teléfono)
(717)270-3788 (fax)
Lunes – Viernes 8 a.m. – 4 p.m.

WellSpan Waynesboro Hospital

501 E Main St
Waynesboro, PA 17201
(717) 267-3406
(717)267-3447 (fax)
Lunes – Viernes 8 a.m. – 4 p.m.

WellSpan Medical Oncology and Hematology/WellSpan Radiation Oncology

22 St. Paul Drive, Suite 101
Chambersburg, PA 17201
(717) 217-6020 (Teléfono)
(717) 217-6939 (fax)
Lunes – Viernes 8 a.m. – 4 p.m.

Nosotros queremos ayudarle. ¡Favor de entregar su aplicación completa lo más pronto posible!

Usted puede recibir facturas hasta que recibamos su aplicación completa y los documentos de respaldo.

WellSpan Summit Physician Services

785 Fith Avenue, Suite 3
Chambersburg, PA 17201
(717) 263-9555 (Teléfono)
(717) 709-6529 (fax)
Lunes – Viernes 8 a.m. – 4 p.m.