



SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO

Debe adjuntar sus comprobantes de ingresos a esta solicitud (2 recibos de sueldo o el Formulario 1040)

No incluya copias originales porque no se devolverán

Sección 1: Información del paciente

1. Nombre del paciente			2. Número de expediente médico:		
(Apellido)		(Primer nombre)	(Inicial del segundo nombre)		
3. Fecha de la solicitud		4. Otros números de expedientes médicos incluidos en esta solicitud:			
5. Dirección:			6. Número de teléfono:		
7. Ciudad, estado, código postal:			8. *Tamaño de la familia:		
*El tamaño de la familia incluye al solicitante, al cónyuge y a los hijos menores de edad. Las mujeres embarazadas se cuentan como dos miembros de la familia.					
9. ¿Tiene ciudadanía americana? SÍ o NO		10. Número del Seguro Social o número de identificación personal del contribuyente:			

Incluya copias de dos recibos de sueldo para comprobar el sueldo/salario o el último Formulario 1040 del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS)

11. Sueldo/salario antes de las deducciones: \$ _____

12. Cobertura médica primaria: (Si tiene Medicare, cobertura del sistema de Asuntos de Veteranos [Veterans Affairs] o no tiene seguro, debe incluir la determinación de Asistencia Médica de Pensilvania [Pennsylvania Medical Assistance])

13. ¿Tiene el grupo familiar activos por más de \$5,000? (Sí/No)

Si la respuesta es "sí", enumere los activos e incluya los estados de cuenta

Los activos incluyen: (cuentas corrientes/cuentas de ahorro; fondos del mercado monetario/certificados de depósitos [Certificate of Deposit, CD]/acciones/bonos; bienes inmuebles [sin contar la residencia principal]; otros)

Firma del paciente o garante:

Fecha:

Enviar la solicitud y las copias de los documentos de respaldo por correo a: Geisinger Uncompensated Care Service 49-38 100 North Academy Ave Danville, PA 17822-4938

Section 2 – Office Use Only (Sección 2: Solo para uso interno)

Received Date:		Review Date:	
Verified Income:		Federal Poverty Level:	
Approved (circle): YES NO (Select reason for denial)		Reasons for Denial: ____ Applicant Over Income ____ Applicant did not supply Income Documentation ____ Applicant did not supply Medicaid Determination Other: _____	
Total Adjustment:		Approver Level:	
Geisinger Title	Signature:	Date:	
Service Line Specialist			
Supervisor			
Manager			
Director			
Associate Vice President			
Vice President			