

Heritage Valley Health System

Solicitud de atención gratuita o a bajo costo

NOMBRE _____ FECHA _____

DIRECCIÓN _____ NOMBRE DEL PACIENTE _____

_____ N.º CTA _____

TOTAL DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR _____ FECHA DE NAC. DEL PACIENTE _____

Indicar cónyuge y todos los dependientes TELÉFONO _____

NOMBRE: _____ PARENTESCO O RELACIÓN: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

INGRESO BRUTO: Debería incluir todos los salarios antes de impuestos, o ingresos provenientes de servicios de asistencia pública, pensión alimenticia, seguro social, desempleo, indemnización a trabajadores, beneficios por huelga, beneficios para veteranos, asignaciones para militares, pensiones o anualidades, dividendos, bienes raíces, fideicomisos, intereses, asignaciones por concepto de capacitación o ingresos por concepto de alquileres. **Nota:** Si trabaja en forma autónoma, su ingreso bruto corresponderá a la facturación total menos las deducciones de su negocio.

TIPO DE INGRESO	MENSUAL	ANUAL
Jefe de familia	_____	_____
Cónyugee	_____	_____
Trabajador autónomo	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
Desempleo	_____	_____
Pensión, intereses, dividendos	_____	_____
Otro	_____	_____
Total:	_____	_____

Declaro que, a mi mejor saber y entender, la información anterior es veraz y completa. Comprendo que toda declaración fraudulenta podría dar como resultado mi descalificación de este programa. Comprendo de la decisión en cuanto a la atención gratuita o a bajo costo se basará en la revisión verificada de esta solicitud y que este programa solo se aplica a servicios médicos que se entregan en **Heritage Valley Beaver** o **Heritage Valley Sewickley**, y no incluye los servicios de ningún médico.

Firma: _____ Fecha: _____

Solo para uso interno:

For Office Use Only:

Approval Date: _____

Qualified For: _____

Expiration Date: _____

Initials: _____

Proceso de postulación a atención gratuita o a bajo costo

Todos los postulantes deben entregar la siguiente información.

1. El formulario firmado con toda la información solicitada.
2. Una copia del formulario W-2 más reciente u otro documento de prueba de ingresos.
3. Los documentos de prueba de ingresos son obligatorios. Si no cuenta con copias del formulario W-2, puede incluir copias de estados de cuenta bancarios que muestren depósitos de sus ingresos o comprobantes de pago de sueldos donde se indique su ingreso bruto correspondiente a los últimos tres meses.
4. Una copia de la denegación de asistencia médica, si corresponde. **Nota:** Los postulantes a atención gratuita o a bajo costo deben solicitar asistencia médica si el paciente fue sometido a una hospitalización.

Tenga presente que **no** podremos aprobar su solicitud si la información recibida es incompleta. Usted **debe** adjuntar un documento de verificación para que su solicitud sea procesada. Si recibiéramos toda la información necesaria, la solicitud se procesará en el transcurso de dos días para entregar una determinación al respecto. Se le enviará una carta para informarle nuestra resolución. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de postulación a atención gratuita o a bajo costo, comuníquese con la Oficina Comercial llamando al 724-773-5681 o al 412-749-4200
Envíe toda la información antes indicada lo antes posible a:

Heritage Valley Health System
Attn: Charity Care
200 Ohio River Boulevard
Baden, PA 15005

ENVÍE SU SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN AFÍN EN EL SOBRE ADJUNTO.