



GOSHEN HEALTH SYSTEM

# GOSHEN GENERAL HOSPITAL

## Aplicación para Ayuda Financiera

### Acuerdo del Paciente

Yo por el presente aplico por apoyo financiero por los servicios rendidos en Goshen General Hospital Association (dba Goshen General Hospital) y certifico que toda la información y contenido proporcionado es la verdad, exacto, y correcto según mi razón y entender. Yo por el presente autorizo a Goshen General Hospital Association y sus apoderados a ordenar un reporte de crédito y verificar otra información de crédito. Yo por el presente doy el consentimiento a Goshen General Hospital Association para verificar todas las declaraciones hechas en la Aplicación para Ayuda Financiera.

En caso de que el abajofirmante, el paciente, o cualquier otra persona en el beneficio del paciente tienen derecho para recibir los beneficios de la aseguranza a causa de servicios rendidos al paciente por cualquier facilidad de Goshen General Hospital Association dicha aseguranza y los beneficios de aseguranza por el presente son asignados a Goshen General Hospital Association para la aplicación contra la cuenta del hospital del paciente. Está Ud. de acuerdo que Goshen General Hospital Association o cualquier de sus facilidades puedan publicar un recibo a la compañía de aseguranza por cualquier pago hecho liberando la compañía de aseguranza de cualquier y todas las obligaciones bajo la póliza de dicha aseguranza a la extensión de pago. El abajofirmante y el paciente, sin embargo, se queda responsable por los cobros cubridos del hospital por este acuerdo en caso que esta aplicación sea negada.

Goshen General Hospital Association reserva el derecho de reevaluar esta aplicación para la ayuda si información adicional llega a ser disponible.

Yo sé que cualquier persona que haga o cause las declaraciones falsas comete un crimen punible por la ley, y se puede multar o puede ser encarcelado por el fraude y/o el perjurio.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ País de la Ciudadanía: \_\_\_\_\_

Nombre del Responsable: \_\_\_\_\_  
(Si es alguien de otra manera que el paciente) (Relación al Paciente)  
(Imprima Por Favor)

Witnessed By: \_\_\_\_\_  
(Goshen General Hospital Association Representative)

