



## Aplicación para Ayuda Financiera

Si algun otro miembro de la familia también tienen cuentas en GGH que usted quisiera considerar para la ayuda financiera, favor de nombrar debajo incluyendo número de cuenta.

Número de la cuenta(s) \_\_\_\_\_

Número de la cuenta(s) \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

# Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Estado Marital: \_\_\_\_\_

Esposo(a): \_\_\_\_\_

# Seguro Social: \_\_\_\_\_

Esposo(a) Empleador: \_\_\_\_\_

Si el paciente Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

es menor: Padre SS#: \_\_\_\_\_

Madre SS#: \_\_\_\_\_

Padre Empleador: \_\_\_\_\_

Madre Empleador: \_\_\_\_\_

### Información de la Aseguración

¿Ud. tiene seguro médico para pagar los cargos del hospital?  Sí/No

¿Ud. tiene seguro médico con su empleador?  Sí/No

¿Ud. ha aplicado para Medicaid?  Sí/No

¿Aprobado?  Sí/No  Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

	Cuentas Bancarias	Nombre del Banco Financiero
Chequera	\$ _____	Localización: _____
Cuenta de Ahorros	\$ _____	Localización: _____
CD's	\$ _____	Localización: _____
Fondo Mutual	\$ _____	Localización: _____
<b>Total</b>	<b>\$ _____</b>	

### Totales Mensuales

Total Ingreso Mensual	\$ _____
Otro Ingreso	\$ _____
Estampillas de Comida	\$ _____
S.S.I.	\$ _____
Jubilación	\$ _____
Sustento de Niños	\$ _____
Ingreso de Desempleo	\$ _____
TANF del Estado	\$ _____
<b>Ingreso Neto</b>	<b>\$ _____</b>
<b>Ingreso Total de la Casa</b>	<b>\$ _____</b>

### Número de los familiares más

cercanos viviendo en el hogar: \_\_\_\_\_

	Gastos	Mensualidades	Cantidad que se debe
Pago/Renta de la Casa	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Seguro de la Casa	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Impuesto de la Propiedad	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pago del Vehículo Principal	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Seguro del Vehículo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Medicos/Gastos de Farmacia	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pagos de Menores de Edad	\$ _____	\$ _____	\$ _____

### Asesos Financieros

¿Ud. es dueño de su casa?  Sí/No  Si dice sí, ¿Cuánta es la cantidad?

¿Ud. tiene hipoteca en su casa?  Sí/No  Si dice sí, ¿Cuánta es la cantidad?

¿Ud. es dueño de otra propiedad?  Sí/No  Si dice sí, ¿Cuánto es el valor comercial?

(ej: vehículos, botes, moto, propiedad adicional)

Artículo: \_\_\_\_\_ Valor Comercial: \_\_\_\_\_

Artículo: \_\_\_\_\_ Valor Comercial: \_\_\_\_\_

Con mi firma abajo, yo declaro que toda la información proveída es verdadera con todo mi conocimiento. También, yo autorizo a Goshen General Hospital para que verifique mi crédito y la historia de mi empleo y mis cuentas financieras.



GOSHEN HEALTH SYSTEM  
**GOSHEN GENERAL HOSPITAL**

**Requisito de Información Adicional**

Por favor de mandar copias de los siguientes documentos. Estos documentos son necesarios para completar su solicitud para asistencia. Todos los documentos tienen que ser recientes. Por favor tome en cuenta que antes de seguir con esta solicitud, usted tuvo que haber intentado el resto de formas de ayuda que ofrece el hospital, y no pudo establecer un plan de pago para calificar para la ayuda financiera.

1. Cualquier forma de ingreso, incluyendo a su esposo(a). Los últimos dos talones de cheque si es que le pagan cada dos semanas. Los últimos cuatro si es que le pagan semanalmente. Pagos de Seguro Social, Desempleo, o Sustento.
2. Estado de cuenta más reciente. Cuenta de ahorros y de cheque

**\*Al recibir la solicitud, información adicional puede ser necesaria.\***

**\*\*Parejas separadas-** si usted no tiene pruebas legales de la separación, usted tiene que incluir toda la información necesaria de su esposo(a)

---

**Su solicitud y toda la información necesaria tiene que estar completa *antes de* \_\_\_\_\_ . Por favor de enviar la solicitud e información a:**

**Goshen General Hospital  
Attn: Financial Advocate  
200 High Park Avenue  
Goshen, IN 46526**

**Si usted tiene alguna pregunta favor de comunicarse con nuestro Representante Financiero al (574) 535-2975**

**Horario: Lunes-Viernes 7:00-5:30**

**Al recibir la solicitud completa, será procesada y nuestro Representante Financiero se comunicará con usted dentro de dos semanas.**