

## Declaración financiera

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Historia clínica No: \_\_\_\_\_

Nombre del garante: \_\_\_\_\_

Dirección del garante: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal del garante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado \_\_\_\_\_

Se adjunta una copia de una **Solicitud de Declaración Financiera**. Por favor, complete el cuestionario entero. Dependiendo de la situación financiera de su familia, podríamos ofrecer cubrir total o parcialmente sus cuentas médicas. Tomarse el tiempo para completar este cuestionario financiero es para su propio bien.

Se requieren todos los documentos en la lista de verificación de la declaración financiera para su procesamiento. Si no las incluye, su solicitud podría demorarse o denegarse hasta que provea la información.

Envíe por correo la declaración financiera, la lista de verificación financiera y toda la documentación de apoyo a:

**Geisinger Uncompensated Care Services 49-38**  
**100 N. Academy Ave.**  
**Danville, PA 17822-4938**

Si tiene preguntas sobre este proceso, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente al 800-640-4206. **Por favor, permita al menos 30 días para que su solicitud esté en nuestro sistema, antes de llamar para verificar su estado.**

Atentamente,

Departamento de Atención sin Cargo  
Gerencia de Réditos de Geisinger

---

Para preguntas o información, llame al 800-640-4206 o, si se registró en MyGeisinger, visite [mygeisinger.geisinger.org](http://mygeisinger.geisinger.org)

## Solicitud de declaración financiera

Se debe completar todas las líneas. Si no aplica, escriba "N/A" en la línea.

Las líneas en blanco demorarán el procesamiento.

Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de calle: \_\_\_\_\_ Historia clínica núm.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Tiempo en esta dirección: \_\_\_\_\_ Total de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Estado civil:            Casado/a            Divorciado/a            Viudo/a            Soltero/a            Separado/a

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

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social del cónyuge: \_\_\_\_\_

Nombres, fechas de nacimiento y números de historia clínica de todas las demás personas a ser incluidas en esta solicitud:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Historia clínica núm.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Historia clínica núm.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Historia clínica núm.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Historia clínica núm.: \_\_\_\_\_

Razón por la que pide asistencia financiera:            Saldo pendiente            Servicio futuro

Indique el servicio y la responsabilidad prevista del paciente para futuros servicios

## Ingresos del hogar

Ingresos brutos anuales del solicitante: \$ \_\_\_\_\_ Ingresos brutos anuales del cónyuge: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos brutos anuales combinados de otros miembros del hogar: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos anuales adicionales:

Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_ Jubilación/Pensión: \$ \_\_\_\_\_ Discapacidad: \$ \_\_\_\_\_

Manutención de hijos: \$ \_\_\_\_\_ Pensión alimenticia: \$ \_\_\_\_\_ Otro (especificar): \$ \_\_\_\_\_

Ingresos anuales totales del hogar: \$ \_\_\_\_\_

Debe usted presentar declaración de ingresos federales? Sí                      No

Ha solicitado cobertura médica a través del Marketplace? Sí                      No

Está usted exento/a de solicitar cobertura a través del Marketplace? Sí                      No

## Activos

Nombre del banco	Tipo de cuenta (de cheques, ahorro, 401K, CD, IRA, otra)	Saldo

**Vivienda:** Propia      Comprando      Alquiler      Casa móvil:      Otra \_\_\_\_\_

**Automóviles**      Propio      Financiado      Número de vehículos y años: \_\_\_\_\_

**Otros activos (propiedades o vehículos):**

## Gastos mensuales

Hipoteca \$ \_\_\_\_\_ Calefacción \$ \_\_\_\_\_ Teléfono \$ \_\_\_\_\_ Seguro del auto \$ \_\_\_\_\_  
Alquiler \$ \_\_\_\_\_ Electricidad \$ \_\_\_\_\_ Cable \$ \_\_\_\_\_ Seguro de vida \$ \_\_\_\_\_  
Auto \$ \_\_\_\_\_ Agua/Alcantarillado \$ \_\_\_\_\_ Comida \$ \_\_\_\_\_ Seguro de salud \$ \_\_\_\_\_  
Impuesto \$ \_\_\_\_\_ Transporte \$ \_\_\_\_\_ Varios (explicar) \$ \_\_\_\_\_

### Otros gastos:

Tipo/Acreedor	Pago mensual	Tipo/Acreedor	Pago mensual

Total de gastos mensuales: \$ \_\_\_\_\_

---

Certifico que la declaración anterior es verdadera. Asimismo, autorizo por la presente a Geisinger a que investigue las referencias o declaraciones en la presente, u otros datos obtenidos de mi persona o cualquier otra persona, relativos a mi crédito y responsabilidad financiera.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Lista de verificación de asistencia financiera

Para evitar demoras con su solicitud, utilice esta lista para controlar que toda la información exigida haya sido completada/anexada.

- Se han completado todas las líneas de la declaración financiera. Figura “N/A” en la línea si el ítem no corresponde a su caso.
- Se ha adjuntado la declaración de impuestos federales más reciente, incluyendo todos los anexos, y todos los contribuyentes que figuran en el formulario han firmado la misma.
  - » Si presentó su declaración de impuestos de manera electrónica, por favor firme la parte inferior del formulario
  - » Si no está obligado/a a presentar declaración de impuestos, ha indicado esto en la declaración financiera
- Copias de estados de cuenta bancaria de cuenta de cheques y/o ahorro de los últimos tres (3) meses (se deben incluir todas las páginas del estado de cuenta—no se aceptarán páginas de estado de cuenta resumido)
  - » Si no tiene cuenta de ahorro o de cheques, ha indicado esto en la declaración financiera
- Comprobante de ingresos de todas las fuentes, para todos los miembros del hogar
  - » **Empleados:** Copias de los cuatro (4) recibos de sueldo consecutivos más recientes, o carta del empleador sobre papel membrete, que incluya la misma información
  - » **Desempleados:** Si no tiene ingresos, una carta certificada por notario que indique que no recibe ingresos de ninguna fuente
  - » **Compensación de desempleo:** Copia de la carta de determinación de elegibilidad, los últimos cuatro (4) recibos de sueldo o copias de estado de cuenta bancario donde aparezcan los depósitos
  - » **Seguro Social/discapacidad:** Copia de la carta de determinación del beneficio para el año en curso
  - » **Jubilación/pensión:** Copia del cheque de jubilación/pensión, carta o estado de cuenta bancario donde aparezcan los depósitos
  - » **Pensión alimenticia/manutención de hijos:** Copia de acuerdo, carta, cheque o estado de cuenta bancario donde aparezcan los depósitos
- Estados de cuenta de inversiones más reciente
  - » 401K/403B » CD
  - » IRA » Otro
  - » Anualidad con impuestos diferidos
- Copia de carta de denegación de asistencia médica, si usted es afiliado/a a Medicare o no tiene seguro médico (**la denegación debe tener más de un año de antigüedad y debe incluir todas las páginas**)
- Copia de carta de denegación o exención del Marketplace
- Si está casado/a y actualmente separado/a, comprobante de la separación