

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

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