ALLIED SERVICES - SISTEMA DE SALUD INTEGRADO

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA NO REMUNERADA

(EN LETRA DE IMPRENTA)

Indicar en qué centro

_____ Allied Rehab Hospital, Scranton, PA _____ Heinz Rehab Hospital, Wilkes-Barre Township, PA

_____ Home Health _____ Otro _____

Nombre del paciente_____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Domicilio_____
Calle y Número Ciudad Estado Código postal

Teléfono particular (____)_____ Número de Seguro Social_____

Teléfono celular (____)_____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador_____ Ocupación_____

Domicilio_____ Teléfono laboral (_____)_____

Ciudad, Estado_____ Código postal_____

Empleador del cónyuge_____ Ocupación_____

Domicilio_____ Teléfono laboral (_____)_____

Ciudad, Estado_____ Código postal_____

Ingreso familiar: *

Descripción	Ingreso bruto de los últimos 3 meses	Ingreso bruto de los últimos 12 meses
Sueldos/Empleo autónomo	_____	_____
Asistencia Estatal	_____	_____
Seguro Social/Discapacidad	_____	_____
Desempleo/Indemnización por Accidente de Trabajo	_____	_____
Pensión	_____	_____
Otro ingreso	_____	_____

**Adjuntar documentación.*

(Continúa al dorso)

Verificación de Ingresos: Como condición para recibir Asistencia Financiera, debe adjuntar copias de los siguientes documentos por cada miembro del grupo familiar que aporta ingresos.

Última declaración de impuestos federales sobre la renta

Recibos de sueldo de los últimos 3 meses o una declaración de beneficios para el año en curso (p. ej. Seguro Social, indemnización por desempleo, etc.).

Tamaño del grupo familiar (indique todos los miembros de la familia que integran el grupo familiar)

Nombre	Vínculo	Edad

Total de miembros de la familia (incluyendo al solicitante) _____

Envíe por correo su solicitud a:

Allied Services
Departamento de Finanzas del Paciente
Programa UFA
100 Executive Park
Clarks Summit, PA 18411

Para recibir asistencia, llame al:
877-727-3422
570-348-1364

Certifico que la información que antecede es verdadera y exacta, según mi mejor saber y entender. Asimismo, solicitaré toda asistencia (Asistencia Médica, Medicare, Seguro, etc.) que pueda estar disponible para el pago de mis gastos de hospital, y tomaré toda medida que sea razonablemente necesaria para obtener tal asistencia y asignaré o pagaré al hospital el monto recuperado por los cargos del hospital. También comprendo que la información que envío respecto de mi ingreso familiar anual y el tamaño de mi familia está sujeta a verificación por parte de Allied Services. Del mismo modo entiendo que si se determina que alguna información que he suministrado es falsa, o si no solicito asistencia de otro tercero, dicha determinación resultará en la denegación para prestar servicios como atención no remunerada y seré responsable de pagar los cargos por los servicios prestados.

_____ _____

Fecha de solicitud Firma del solicitante/tutor