

Aplicación para el Programa de Descuento

De Expediente _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____
(calle) (ciudad) (código postal)

Número de teléfono _____

¿Está usted trabajando? ☐ Si ☐ No Si trabaja, Nombre de su Empleador _____

Por favor anote a todos los nombres de las personas que viven en la dirección mencionada arriba (nombres adicionales pueden ser anotados en la parte de atrás)

Nombre Completo	Relación al paciente	Fecha de Nacimiento	Paciente de Grace Health (por favor ✓uno)		Trabaja (por favor ✓uno)	
			Si	No	Si	No

Número de personas en la casa _____ (puede ser diferente al número de miembros de familia)

Seguro de Salud: ☐ Blue Cross ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Otro ☐ Ninguno

Ingreso Anual \$ _____ ó Ingreso Mensual \$ _____

La información mencionada arriba es correcta de acuerdo a mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad pagar los honorarios establecidos de acuerdo a los ingresos y tamaño de mi familia. Estoy de acuerdo en notificar a Grace Health dentro de 30 días si hay algún cambio en ingresos. Entiendo que si doy información falsa ó no comunico todo sobre mi ingreso económico, seré descalificado del programa de descuento.

Firma _____ Fecha _____

Por la presente autorizo a Grace Health a revelar esta aplicación junto con mi información financiera a Oaklawn Hospital, Marshall, Michigan.

(inicial)

Favor de leer

Este programa de descuento está disponible a través de una beca del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. El cuadro de descuentos está disponible para revisión por petición. Las aplicaciones serán revisadas anualmente por Grace Health.

For Office Use Only					
	Date	Initials		Date	Initials
Application Completed			Proof of Income		
Demographics Updated			☐ requested		
Adjustment Applied			☐ received		
Eligibility determined at: ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%					