

Aplicación para el Programa de Descuento

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

(calle)

(ciudad)

(código postal)

Número de teléfono _____

¿Recibe ingresos? Si No

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)		Ingresos (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¿Tiene seguro dental y o Seguro de visión? Si No

Nombre del / los seguro(s): _____

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 mis ingresos. Entiendo que, si doy información falsa o no comunico todos mis ingresos económicos, 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 Bronson Battle Creek, Battle Creek, 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 a petición. Las aplicaciones serán revisadas anualmente por Grace Health.

For Office Use Only					
Documents to be Returned:					
Application Completed	Date	Initials	Proof of Income	Date	Initials
UDS Completed			<input type="checkbox"/> requested		
Adjustment Applied			<input type="checkbox"/> received		
Eligibility determined at Category: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D					
Start Date:			Expiration Date:		

Ingreso Anual \$ _____ Ingreso Mensual \$ _____

Una aplicación completa deberá de incluir su prueba de ingreso. La información de la aplicación y del ingreso puede ser enviada a patientfinancialservices@gracehealthmi.org. Por favor llame al (269) 441-3456 si necesita asistencia.