

Aplicación para el Programa de Descuento

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

(calle)

(Apartamento/Lote)

(ciudad)

(código postal)

Número de teléfono _____

¿Recibe ingresos? Sí No **Documentación requerida para todas las aplicaciones.**Por favor anote a todas las personas que viven en la dirección mencionada arriba (**nombres adicionales pueden ser anotados en la parte de atrás**)

| Nombre Completo | Relación con el/la solicitante | Fecha de Nacimiento | Paciente de Grace Health (por favor ✓ uno) | | Ingresos (por favor ✓ uno) | |
|-----------------|--------------------------------|---------------------|--|----|----------------------------|----|
| | | | Sí | No | Sí | 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

Nombre del seguro: _____

¿Tiene seguro **dental** y/o de **visión**? Sí No

Nombre del seguro (s) _____

La información mencionada arriba es correcta de acuerdo con mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad pagar los honorarios establecidos de acuerdo con 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 al laboratorio de Bronson Battle Creek laboratorio, ubicado dentro de Grace Health

(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.

Una solicitud completa debe incluir su prueba de ingresos. La aplicación e información sobre los ingresos puede ser enviada por correo electrónico a patientfinancialservices@gracehealthmi.org. Por favor llame al 269-441-3456 si necesita ayuda.

| 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 | | |
| Annual Income: | | | Monthly Income: | | |
| | | | | | |
| Eligibility determined at Category: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D | | | | | |
| Start Date: | | | Expiration Date: | | |