PennState Health
Rehabilitation Hospital

Formulario de solicitud de asistencia financiera

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE
Escriba su nombre completo, dirección al momento en que recibió el servicio médico y demás información en esta sección.

Número de cuenta _____ Fecha(s) de servicio _____

Nombre del paciente: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____
CALLE Y NÚMERO

Estado de residencia: _____ Código postal: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: ☐ Solter ☐ Casado ☐ Divorciado

Teléfono principal: (_____) _____ ☐ Residencial ☐ Celular ☐ Laboral ☐ Otro _____

Dirección electrónica: _____

Seguro de salud en la fecha de prestación del servicio: ☐ Sin seguro ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Otro _____

SECCIÓN DOS: INGRESOS FAMILIARES Y ACTIVOS
Indique sus ingresos, los de su cónyuge y los de todos los demás integrantes de la familia (si corresponde).

Fuente de ingresos	Total para los 3 meses previos al servicio	Total para los 12 meses previos al servicio
Salarios/ Empleo independiente	$	$
Seguro Social	$	$
Ingresos por alquileres, intereses, dividendos pensión	$	$
Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo	$	$
Manutención de menores (solo si el paciente es el beneficiario previsto)	$	$
Otro	$	$

Activos netos totales (Activos - Deuda) como si fuera la fecha de la solicitud: $_____

SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA E INGRESOS
Enumere a todos los integrantes de su grupo familiar y sus fechas de nacimiento.

Proporcione la siguiente información respecto a todas las personas de su familia cercana que viven en su hogar. A efectos del HCAP, familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales o adoptivos del paciente, y a los hijos menores de 18 (naturales o adoptivos) de los padres que vivan en la casa del paciente.

Nombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente — Fecha de nacimiento — Relación con el paciente

1. Paciente: _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Al firmar a continuación certifico que todo lo consignado en esta solicitud y en cualquier adjunto es veraz y correcto.

Firma de la Parte responsable: x _____ Fecha: _____

By my signing below, I certify that I have reviewed and approve this application.

Hospital CEO Signature: x _____ Date: _____

Return your completed application to: **Penn State Health Rehabilitation Hospital**
1135 Old West Chocolate Avenue Hershey, PA 17036 (717)832-2660