

# **GSPP** Rehabilitation

Official Therapy Provider for  Penn Medicine

Estimado paciente:

Adjunta encontrará una solicitud de ayuda económica que se utilizará para determinar cuánto deberá pagar por los servicios médicos que reciba de GSPP Rehabilitation.

Las determinaciones se basan en los ingresos actuales de la familia y en la cantidad de dependientes. También se toman en cuenta los gastos y los recursos financieros disponibles.

Complete la solicitud adjunta y envíela a la siguiente dirección:

Patient Financial Services  
GSPP Rehabilitation  
Good Shepherd Plaza  
850 South Fifth Street  
Allentown, PA 18103

Con el objeto de determinar su elegibilidad para recibir ayuda económica, le solicitamos que suministre copias de al menos **dos** de los siguientes documentos:

- Declaración de impuestos federales más reciente (si no está disponible, indique el motivo)
- Recibo de nómina más reciente
- Cheque de pensión
- Estado de cuenta bancario
- Carta del Seguro Social
- Carta de discapacidad
- Carta de desempleo

La aprobación de la ayuda económica de GSPP Rehabilitation también está supeditada a todas las demás fuentes de financiamiento que se soliciten para el pago de los servicios médicos que reciba. Esto incluye la solicitud para obtener Medicaid (Programa de asistencia médica), que se puede realizar por medio de la oficina de asistencia de su condado. Después de solicitar estos beneficios del Programa de asistencia médica, envíe una copia de la carta de determinación de la elegibilidad a nuestra oficina.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nosotros al 877-807-2840. Puede enviar la solicitud y el comprobante de ingresos por fax al 610-778-9272.

**GSPP REHABILITATION**  
**850 South 5th Street**  
**Allentown, PA 18103**  
**SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA**

NOMBRE DEL PACIENTE		NÚMERO DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN DEL PACIENTE			
NRO. DEL SEGURO SOCIAL	NRO. DE TELÉFONO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	
DIRECCIÓN DEL GARANTE			
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL

**SECCIÓN A**

OTROS INTEGRANTES DE LA FAMILIA	
NOMBRE/RELACIÓN	EDAD
INGRESOS MENSUALES:	FUENTE DE INGRESOS:
\$ _____	(GARANTE) _____
\$ _____	_____
\$ _____	_____
\$ _____	_____
\$ _____	_____
<b>TOTAL</b>	

**SECCIÓN B**

GASTOS MENSUALES	
RENTA	\$ _____
HIPOTECA	\$ _____
OTROS GASTOS DE VIVIENDA	\$ _____
ALIMENTACIÓN	\$ _____
ENERGÍA ELÉCTRICA	\$ _____
GAS	\$ _____
CALEFACCIÓN	\$ _____
TELÉFONO	\$ _____
CABLE	\$ _____
RECOLECCIÓN DE RESIDUOS	\$ _____
OTRO	\$ _____
<b>TOTAL</b>	<b>\$ _____</b>

**SECCIÓN C**

OTROS GASTOS	
VESTIMENTA	\$ _____
TRANSPORTE	\$ _____
(Autobús, tren, etc.)	\$ _____
ESCUELA	\$ _____
DONACIONES	\$ _____
<b>TOTAL</b>	<b>\$ _____</b>

**SECCIÓN D**

SEGURO	
AUTOMÓVIL	\$ _____
VIVIENDA	\$ _____
MEDICO	\$ _____
VIDA	\$ _____
<b>TOTAL</b>	<b>\$ _____</b>

**SECCIÓN E**

TARJETAS DE CRÉDITO			
NOMBRE	SALDO ACTUAL	LÍNEA DE	PAGO MENSUAL
	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**SECCIÓN F**

OTROS ACTIVOS	
Vivienda propia:    sí    no	Otros bienes inmuebles:
Valor aproximado de la vivienda:	Valor aproximado de los otros bienes inmuebles:
Saldo que se adeuda de la hipoteca:	

**SECCIÓN G**

PRÉSTAMOS			
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	SALDO ORIGINAL	SALDO ACTUAL	PAGO MENSUAL
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
		TOTAL	\$

**SECCIÓN H**

FACTURAS MÉDICAS	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO MÉDICO	PAGO MENSUAL
	\$
	\$
	\$
	TOTAL
	\$

RESUMEN			
CAJA DE AHORROS (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	SECCIÓN A	\$
		SECCIÓN B	\$
CUENTA CORRIENTE (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	SECCIÓN C	\$
		SECCIÓN D	\$
FONDOS COMUNES DE INVERSIÓN (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	SECCIÓN E	\$
		SECCIÓN F	\$
FONDOS DEL MERCADO MONETARIO (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	SECCIÓN G	\$
		SECCIÓN H	\$
		SECCIÓN B a H	\$
PÓLIZA DE SEGURO (INSTITUCIÓN/NRO. DE CUENTA)	\$	INGRESO DISPONIBLE TOTAL (B a H MENOS A)	\$
			\$

PROPUESTA		
	APROBACIÓN	FECHA
CONTRATO DE PAGO EN CUOTAS	PERSONAL DE CUENTAS DE PACIENTES/ACCESO DE PACIENTE	
SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA	DIRECTOR DE SERVICIOS FINANCIEROS PARA EL PACIENTE	
ATENCIÓN DE CARIDAD	VICEPRESIDENTE DE FINANZAS SÉNIOR/DIRECTOR FINANCIER	
	PRESIDENTE	

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Nro. de fax: 610-778-9272