

Estimado paciente:

Adjuntamos una solicitud de asistencia financiera que utilizaremos para determinar el importe que le corresponde pagar por los servicios médicos que reciba de GSPP Rehabilitation.

La decisión se basa en los ingresos actuales de la familia y la cantidad de personas a su cargo. También se tienen en cuenta los gastos y los recursos financieros disponibles.

Complete la solicitud adjunta y envíela por correo postal o electrónico a:

Patrick Sebastian, VP of Finance  
GSPP Rehabilitation  
850 South 5<sup>th</sup> Street  
Allentown, PA 18103  
**Correo electrónico:** [revenuecycle@gsrh.org](mailto:revenuecycle@gsrh.org)  
**Fax:** 610-778-9272

Para determinar si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, presente copias de al menos **dos** de los siguientes documentos:

- Declaración de impuestos federales más reciente (si no la tiene, indique el motivo)
- Recibo de sueldo más reciente
- Cheque de pensión
- Estado de cuenta bancario
- Carta del Seguro Social
- Carta de prestaciones por discapacidad
- Carta de prestaciones por desempleo

La admisión al Programa de Asistencia Financiera de GSPP Rehabilitation también está condicionada a que se hayan realizado todas las gestiones necesarias para obtener financiación de otras fuentes con el fin de pagar sus servicios médicos.

Esto incluye solicitar Medicaid (asistencia médica), trámite que puede realizar en la Oficina de Asistencia de su condado. Después de solicitar los beneficios de asistencia médica, envíe por correo postal o electrónico a nuestra oficina una copia de la carta en la que se le informa si reúne los requisitos para recibirlos.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos al 610-776-3282.

Atentamente,

**Patrick Sebastian**  
**Vicepresidente de Finanzas**

**GSPP Rehabilitation**  
**850 South 5<sup>th</sup> Street**  
**Allentown, PA 18103**  
**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

|                                                                                  |                        |                                         |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| <b>NOMBRE DEL PACIENTE</b>                                                       |                        | <b>NÚMERO DE PACIENTE</b>               | <b>FECHA DE NACIMIENTO</b> |
| <b>ESTADO CIVIL</b> <span style="float: right;"><b>NOMBRE DEL CÓNYUGE</b></span> |                        |                                         |                            |
| <b>N.º DE SEGURO SOCIAL</b>                                                      | <b>N.º DE TELÉFONO</b> | <b>NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR</b> |                            |
| <b>DIRECCIÓN DEL GARANTE DE PAGO</b>                                             |                        |                                         |                            |
| <b>CIUDAD</b>                                                                    |                        | <b>ESTADO</b>                           | <b>CÓDIGO POSTAL</b>       |

**SECCIÓN A**

| <b>OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA</b> |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| <b>NOMBRE/PARENTESCO</b>            | <b>EDAD</b>                |
|                                     |                            |
|                                     |                            |
|                                     |                            |
|                                     |                            |
|                                     |                            |
| <b>INGRESOS MENSUALES:</b>          | <b>FUENTE DE INGRESOS:</b> |
| \$                                  | (GARANTE DE PAGO)          |
| \$                                  |                            |
| \$                                  |                            |
| \$                                  |                            |
| <b>TOTAL</b>                        |                            |
| \$                                  |                            |

**SECCIÓN B**

| <b>GASTOS MENSUALES</b>  |    |
|--------------------------|----|
| ALQUILER                 | \$ |
| HIPOTECA                 | \$ |
| OTROS GASTOS DE VIVIENDA | \$ |
| ALIMENTACIÓN             | \$ |
| ELECTRICIDAD             | \$ |
| GAS                      | \$ |
| CALEFACCIÓN              | \$ |
| TELÉFONO                 | \$ |
| CABLE                    | \$ |
| RECOLECCIÓN DE BASURA    | \$ |
| OTROS                    | \$ |
| OTROS                    | \$ |
| OTROS                    | \$ |
| OTROS                    | \$ |
| <b>TOTAL</b>             | \$ |

**SECCIÓN C**

| <b>OTROS GASTOS</b>   |    |
|-----------------------|----|
| ROPA                  | \$ |
| TRANSPORTE            | \$ |
| (Autobús, tren, etc.) | \$ |
| GASTOS ESCOLARES      | \$ |
| DONACIONES            | \$ |
| <b>TOTAL</b>          | \$ |

**SECCIÓN D**

| <b>SEGUROS</b> |    |
|----------------|----|
| AUTOMÓVIL      | \$ |
| VIVIENDA       | \$ |
| MÉDICO         | \$ |
| VIDA           | \$ |
| <b>TOTAL</b>   | \$ |

**SECCIÓN E**

| <b>TARJETAS DE CRÉDITO</b> |              |                   |              |
|----------------------------|--------------|-------------------|--------------|
| NOMBRE                     | SALDO ACTUAL | LÍMITE DE CRÉDITO | PAGO MENSUAL |
|                            | \$           | \$                | \$           |
|                            | \$           | \$                | \$           |
|                            | \$           | \$                | \$           |

**SECCIÓN F**

| <b>OTROS BIENES</b>              |                                            |
|----------------------------------|--------------------------------------------|
| Vivienda propia:      sí      no | Otros bienes inmuebles                     |
| Valor aproximado de la vivienda: | Valor aproximado de otros bienes inmuebles |
| Saldo pendiente de la hipoteca:  |                                            |
|                                  |                                            |

SECCIÓN G

| PRESTAMOS                |                |              |              |
|--------------------------|----------------|--------------|--------------|
| NOMBRE DE LA INSTITUCION | SALDO ORIGINAL | SALDO ACTUAL | PAGO MENSUAL |
|                          | \$             | \$           | \$           |
|                          | \$             | \$           | \$           |
|                          |                |              |              |
|                          |                | TOTAL        | \$           |

SECCIÓN H

| FACTURAS MÉDICAS         |  |       |              |
|--------------------------|--|-------|--------------|
| NOMBRE DEL CENTRO MEDICO |  |       | PAGO MENSUAL |
|                          |  |       | \$           |
|                          |  |       | \$           |
|                          |  |       | \$           |
|                          |  |       |              |
|                          |  | TOTAL | \$           |



CORREO ELECTRÓNICO:\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_

FECHA\_\_\_\_\_

| SOLO PARA USO INTERNO                                    |    |                           |    |
|----------------------------------------------------------|----|---------------------------|----|
| RESUMEN                                                  |    |                           |    |
| CUENTA DE AHORROS (INSTITUCIÓN/N.º DE CUENTA)            |    | SECCIÓN A                 | \$ |
|                                                          | \$ | SECCIÓN B                 | \$ |
|                                                          |    | SECCIÓN C                 | \$ |
| CUENTA CORRIENTE (INSTITUCIÓN/N.º DE CUENTA)             |    | SECCIÓN D                 | \$ |
|                                                          | \$ | SECCIÓN E                 | \$ |
|                                                          |    | SECCIÓN F                 | \$ |
| FONDOS DE INVERSIÓN (INSTITUCIÓN/N.º DE CUENTA)          |    | SECCIÓN G                 | \$ |
|                                                          | \$ | SECCIÓN H                 | \$ |
|                                                          |    |                           |    |
| FONDOS DEL MERCADO MONETARIO (INSTITUCIÓN/N.º DE CUENTA) |    | SECCIONES B A H           | \$ |
|                                                          | \$ |                           |    |
|                                                          |    |                           |    |
| PÓLIZA DE SEGURO (INSTITUCIÓN/N.º DE CUENTA)             |    | INGRESOS DISPONIBLES      |    |
|                                                          |    | TOTALES                   | \$ |
|                                                          |    | (SECCIONES B A H MENOS A) |    |

| PROPUESTA                      |                                                  |       |
|--------------------------------|--------------------------------------------------|-------|
|                                | APROBACIÓN                                       | FECHA |
| ACUERDO DE PAGO EN CUOTAS      | _____                                            | _____ |
|                                | PERSONAL DE ADMISIÓN/CUENTAS DE PACIENTES        |       |
| SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA | _____                                            | _____ |
|                                | DIRECTOR DE SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES |       |
| ATENCIÓN BENÉFICA              | _____                                            | _____ |
|                                | VICEPRESIDENTE DE FINANZAS/DIRECTOR FINANCIERO   |       |
|                                | _____                                            | _____ |
|                                | PRESIDENTE                                       |       |