

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, 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:		