

**PO BOX 1167
NORTH PLATTE, NE 69103
308-568-7112**

Esta solicitud aplica solo para GPH Hospital, cuidados a domicilio de GPH, Equipos médicos duraderos de GPH, médicos de GPH y los servicios bajo la marca de GPH. Este programa no cubre medicamentos externos ni procedimientos opcionales o estéticos. Si recibe declaraciones de otros proveedores, contáctelos para preguntarles sobre los arreglos de pago.

****Adjunte la siguiente documentación, de lo contrario, la solicitud será denegada.****

La declaración de impuestos más reciente con todos los anexos: si trabaja por cuenta propia, incluya sus documentos de pago de impuestos trimestral.

Recibos de sueldo de los últimos 60 días de empleo: esto incluye desempleo, compensación a trabajadores e incapacidad a corto plazo, si corresponde.

Comprobación de cualquier ingreso adicional que reciba cualquier miembro del grupo familiar:

- * seguro social
- * beneficios del programa SNAP
- * beneficios del programa VA
- * pensión/jubilación/anualidad
- * 1099
- * es posible que se solicite otra documentación

NO ADJUNTE COPIAS DE SUS FACTURAS MÉDICAS/DOMÉSTICAS

Información del paciente/entidad responsable

Información del cónyuge

Nombre completo	Nombre completo
Dirección postal	Dirección postal
Número de teléfono	Número de teléfono
Número del seguro social	Número del seguro social
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento
Estado de empleo	Estado de empleo
Nombre del empleador	Nombre del empleador

**PO BOX 1167
NORTH PLATTE, NE 69103
308-568-7112**

Información del paciente/entidad responsable

Información del cónyuge

Ingresos brutos mensuales	Ingresos brutos mensuales
Ingresos brutos anuales	Ingresos brutos anuales

Si es desempleado, fecha en que quedó sin empleo	Si es desempleado, fecha en que quedó sin empleo
--	--

Si se quedó sin empleo en los últimos seis meses, proporcione documentación de su empleador con respecto a su última fecha de empleo y si recibe beneficios por desempleo o una licencia retribuida.

Si no tiene fuentes de ingresos, incluya una carta en la que explique cómo paga sus gastos del diario vivir. Si recibe ayuda de amigos o familiares, incluya una carta de ellos también.

Personas a cargo

Nombre	Edad	Parentesco

**PO BOX 1167
NORTH PLATTE, NE 69103
308-568-7112**

- Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son verdaderas y están completas a mi leal saber y entender.
- Enviar esta solicitud no exime al solicitante de los arreglos de pagos mensuales en las cuentas de Great Plains Health.
- Las cuentas con más de 240 días de antigüedad desde la fecha del primer estado de cuenta vencido no son elegibles para la asistencia.
- Las cuentas para las que el paciente era elegible para el seguro, pero esa información no se proporcionó al centro de atención para cumplir con las pautas de presentación a tiempo del pagador no son elegibles para la asistencia.
- Acepto que, en contraprestación por los servicios de atención médica que reciba como resultado de un accidente o una lesión, reembolsaré al hospital con el dinero obtenido de un litigio o una liquidación que derive de tal acto.
- Entiendo que, por ley, Great Plains Health tiene la obligación mantener la confidencialidad de la información que proporciono.
- Entiendo que, si no califico para la asistencia financiera, seré personalmente responsable por los costos de los servicios prestados por Great Plains Health.

Firma del solicitante _____ **Fecha** _____