



PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL	
Enviado el:	
Devolver antes del:	
Nombre del paciente:	
Expediente médico Record #(MRUN):	

Solicitud para inscribirse en el Programa de Asistencia de Gillette

Complete la siguiente solicitud y remítala con **TODA** la información que se le pide. No se tendrán en cuenta las solicitudes incompletas o con verificaciones que falten. Envíe la solicitud por correo a:

Gillette Children's Specialty Healthcare
 Attention: **Charge Integrity—GAP**
 Internal Zip #010609
 200 University Ave. E.
 St. Paul, MN 55101

O envíela por fax al: 651-325-2174.

Si tiene preguntas, llame al 651-325-2177. También puede enviar un correo electrónico a financialassistance@gillettechildrens.com.

ANTES DE ENVIAR LA SOLICITUD			
✓ Firme y escriba la fecha en la solicitud			
✓ Se debe incluir una copia de su declaración de impuestos federales más reciente, con todos los horarios.			
Tache TODOS los números del Seguro Social y los números de la cuenta bancaria			
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
Persona responsable/garante		Fecha de nacimiento	
Dirección postal			
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono	Correo electrónico		
Estado civil:	Nombre del cónyuge:	Fecha de nacimiento	
PERSONA A CARGO			
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el garante	¿Es paciente de Gillette?
Cantidad de miembros en el hogar:			

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO Y LOS INGRESOS					
Solicitante	<input type="checkbox"/> Empleado		<input type="checkbox"/> Ama de casa		<input type="checkbox"/> Desempleado
	<input type="checkbox"/> Jubilado		<input type="checkbox"/> Discapacitado		<input type="checkbox"/> Estudiante
Nombre del empleador			Ingreso bruto mensual	¿Por temporadas?	
¿Con qué frecuencia le pagan?	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Quincenalmente	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Otro
Cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado		<input type="checkbox"/> Ama de casa		<input type="checkbox"/> Desempleado
	<input type="checkbox"/> Jubilado		<input type="checkbox"/> Discapacitado		<input type="checkbox"/> Estudiante
Nombre del empleador			Ingreso bruto mensual	¿Por temporadas?	
¿Con qué frecuencia le pagan?	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Quincenalmente	<input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Mensualmente	<input type="checkbox"/> Otro
OTRAS FUENTES DE INGRESOS					
Tipo de ingreso			Cantidad	¿Con qué frecuencia?	
Prestaciones del Seguro Social/por discapacidad					
Ingresos por pensión/jubilación					
Pensión alimentaria o pagos de manutención					
Asistencia gubernamental					
Intereses/dividendos					
Otro					
INFORMACIÓN DEL SEGURO					
¿Tiene cobertura de seguro médico en la actualidad?			Nombre de la aseguradora		
Nombre del asegurado			Número de la póliza		
Nombre de la aseguradora secundaria (si procede)					
Nombre del asegurado			Número de la póliza		
¿Ha solicitado asistencia médica?			Si responde sí, ¿cuándo presentó la solicitud?		
*SI SE LE NEGÓ ASISTENCIA MÉDICA, PRESENTE UNA COPIA DE LA CARTA DE DENEGACIÓN					

Comprendo que la información que he proporcionado está sujeta a verificación por parte de Gillette Children's Specialty Healthcare y los organismos federales y estatales podrían examinarla para otros fines relacionados con el programa. Asimismo comprendo que mi solicitud está sujeta a las directrices de Gillette Children's Specialty Healthcare y que esta determina, según su criterio, los requisitos que se deben cumplir. Doy fe de que toda la información anterior es verdadera y correcta.

Yo/Nosotros por este medio proporcionamos a Gillette Children's Specialty Healthcare los registros federales y estatales del historial laboral y de ingresos, incluyendo los registros de la Oficina Nacional de Empleo. La presente autorización se aplica únicamente a esta transacción y se mantendrá vigente durante un (1) año salvo que las leyes estatales la limiten, en cuyo caso la autorización se mantendrá vigente durante el período máximo permitido por la ley, que no podrá ser superior a un (1) año. Se aceptará una copia fotográfica de la autorización (por ejemplo: la(s) firma(s) del (de los) infrascrito(s)) como original y podrá utilizarse como un original duplicado.

Firma _____ Fecha _____

Firma del cónyuge _____ Fecha _____

Envíe esta solicitud con TODA la información que se le pide. No se tendrán en cuenta las solicitudes incompletas. La información fiscal debe tener los datos del especialista en impuestos O debe estar firmada por el o los contribuyentes. Recibirá una carta en la que se le notificará si Gillette Children's Specialty Healthcare decidió aprobar o denegar su solicitud de asistencia. En caso de que se deniegue su solicitud, podrá presentarla nuevamente si cambia su situación financiera.