

## Documentación requerida para Ayuda Financiera

Junto con su solicitud, por favor incluya copias de la documentación actual para los siguientes miembros que viven en el hogar: paciente, esposo(a) del paciente (parejas separadas deben proveer prueba legal de la separación o los ingresos del esposo(a) se requerirán), persona responsable del paciente, padres del paciente, abuelos, suegros, niños y/o hermanos mayores de 18 años. Si el paciente es un estudiante universitario que vive en la universidad, tome en cuenta que se requerirá la información del hogar de los padres.

### 1. Comprobante de ingresos de todos los miembros del hogar (Si aplica):

- a. Talones de cheque consecutivos—4 talones, si le pagan semanal, o 2, si le pagan a la quincena, etc.
- b. Documentación para—determinación del Seguro Social de este año, manutención, TANF, desempleo, pensión de retiro o cualquier otro ingreso recibido en los últimos 30 días.
- c. Si trabaja por su propia cuenta, favor de proveer su declaración de impuestos más reciente, incluyendo todas las páginas de Anexo
- d. Se requiere un reporte de la oficina de desempleo “Wage History Report” con el historial de ingresos, si el paciente o familiar, mayor de 18 años, no recibe ingresos. Favor de entregar el "Release of Information" junto con una copia de su identificación estatal. Si fue despedido o descansado dentro de los últimos 30 días, favor de entregar una carta del empleador indicando la fecha de terminación.
- e. Si el paciente no tiene ingresos, se requiere una declaración de apoyo de la persona que apoya al paciente, firmada por el paciente y por la persona de apoyo.
- f. Si un miembro de la familia, mayor de 18 años, es un estudiante de la secundaria o universidad, y no tiene ingresos, favor de adjuntar el horario de clases del semestre actual.
- g. Si el paciente tiene una carta de determinación de un Centro de Salud Federalizado (Maple City, Vista), aceptaremos su carta de determinación en lugar de comprobante de ingresos y estado de cuentas bancarias.

### 2. Todas las páginas y transacciones de cuentas bancarias de los miembros del hogar:

- a. Cuentas de ahorros y de cheque o de su tarjeta de prepago, mostrando las transacciones de los últimos 30 días
- b. Certificados de depósito, cuentas del mercado monetario, bolsa de valores, y estado de cuenta de retiro

### 3. Comprobante de domicilio actual, al nombre del paciente o la persona responsable del paciente. Por favor incluya uno de los siguientes documentos:

- a. Cualquier tipo de factura de servicios que no sea de Goshen Hospital, talón de cheque, o estado de cuenta bancaria puede ser utilizado como comprobante de domicilio.
- b. Contrato con el propietario de su domicilio, carta del propietario, o factura de hipoteca.

### 4. Otra información, si aplica:

- a. Si no tiene seguro médico en el día de servicio, es posible que se le requiera aplicar para el seguro médico del gobierno y que cumpla con los requisitos.
- b. Si tenía seguro médico en el día del servicio, pero no tenía su tarjeta en ese momento, favor de incluir una copia de su tarjeta de seguro (cara y dorso)
- c. Si el paciente y/o un familiar inmediato trabaja por su propia cuenta, y no llena sus impuestos, por favor provee cartas de los clientes en los últimos 30 días, incluyendo el nombre y la información de contacto y la cantidad pagada al paciente y/o familiar.
- d. Si el paciente tiene una carta de determinación de un Centro de Salud Federal (Maple City, Vista), no se requiere solicitar el seguro médico del gobierno ni se requiere cumplir con el seguro médico del gobierno para servicios no urgentes.

Toda la información se requiere para procesar su solicitud de asistencia. Al recibir la solicitud, información adicional puede ser requerida. Favor de tomar en cuenta que antes de seguir con esta solicitud, usted tiene que haber intentado todas las demás formas de pago antes de poder recibir la asistencia. **Si no cumple con los requisitos y no entrega todos los documentos necesarios, su solicitud será denegada. Su solicitud de Ayuda Financiera es válida por 1 año a partir de la fecha de su firma.**

Su solicitud y todos los documentos se deben entregar antes de:



Por favor enviar, faxear o traer su solicitud y documentos a:

Goshen Physicians CPO  
Attn: Representante Financiero  
PO Box 834  
Goshen, IN 46527  
Fax: (574) 364-2759

Si tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con la oficina de facturación Goshen Billing al (574) 364-4727. También puede acudir a los Asesores financieros, ubicados en la entrada principal del hospital, 2120 S. Main Street Goshen, IN 46526. Para acceder a la Política de asistencia financiera, Resumen de asistencia financiera y Solicitud de asistencia financiera en inglés y español por favor visite nuestro sitio web en <http://goshenhospitalfinancialassistance.com>

**\*\*Su solicitud será procesada y le notificaremos de la decisión por correo dentro de 3-4 semanas. \*\***

### **Preguntas más frecuentes sobre la Ayuda Financiera**

Si envía su solicitud por fax, lo recibimos antes que por correo. Por favor envíe copias y no documentos originales. Por favor, no envíe utilizando ambos métodos, ya que puede retrasar el proceso. Tenga en cuenta: si todos los documentos no se presentaron, la solicitud será denegada y una carta será enviada indicando lo que faltaba.

El proceso de asistencia financiera dura aproximadamente 4 semanas para procesar a partir de la fecha de recepción de todos los documentos. Si su cuenta está en trámite con la compañía de seguro, favor de dejar tiempo adicional para completar el proceso ya que debemos esperar hasta que su seguro tramite su reclamo.

Si usted tiene un nuevo servicio/cuenta, por favor, póngase en contacto con nuestra oficina para comprobar si su solicitud sigue vigente para aplicar la cantidad de asistencia actual.

Tenga en cuenta, si usted tiene varias cuentas, puede recibir más de una carta con respecto a la asistencia financiera. Por favor, manténgase al tanto de sus estados de cuenta y relaciónelas con la carta respectiva de determinación.

Si usted es un paciente de Maple City o Vista Health Center y ha recibido asistencia financiera de esa clínica, favor de proveer una carta que indica el nivel de asistencia que ha recibido.

**1. He presentado mi solicitud, ¿qué hago ahora?**

✓ Si su solicitud está completa y su seguro haya pagado su parte, espera un máximo de 4 semanas para procesar.

**2. ¿Tengo que hacer un pago mientras se evalúa mi solicitud?**

✓ Sí. Nosotros pedimos que SÍ se realicen los pagos de las cuentas corrientes que se están evaluando.

**3. ¿Qué pasa si la cuenta pasa a colecciones mientras se evalúa mi solicitud?** ✓ Colocamos sus cuentas en espera para que no siguen el proceso de cobro.

**4. Mi solicitud fue rechazada porque no presenté los documentos apropiados. ¿Puedo volver a solicitar?**

✓ Sí podría continuar con el proceso de solicitud de asistencia si envía los documentos apropiados, y si está dentro del tiempo permitido para solicitar. No hay necesidad de presentar otra solicitud. Por favor, escriba el nombre del paciente y el número de cuenta en cada documento que envíe.

**5. Ya se ha enviado mi cuenta a colecciones. ¿Todavía puedo solicitar ayuda financiera?**

No. Una vez que las cuentas de Goshen Physicians han sido enviadas a nuestra agencia externa de colecciones, ya no reúnen los criterios necesarios para asistencia financiera.

**6. Tengo varias cuentas y continuaré recibiendo. ¿Se combinarán todas mis cuentas en una?**

✓ No. Es su responsabilidad ponerse en contacto con nosotros dentro de 10 días a partir de la carta para establecer un plan de pago para cualquier saldo restante.

**7. ¿Es necesario llenar una solicitud para cada uno de los miembros de mi familia?**

✓ Si tiene preguntas sobre esto, por favor llame a nuestra oficina, depende del caso.

**8. Ya he entregado mi solicitud, pero sigo recibiendo facturas y se están agregando cargos por pagos atrasados.**

✓ Cuando recibimos una solicitud completa, colocamos sus cuentas en espera para que no sigan el proceso de colecciones. Sin embargo, las facturas se generan de forma automática, no podemos pararlas. Si se agregan cargos por pagos atrasados, se los quitamos en el momento que la ayuda financiera sea aprobada.

**9. ¿La ayuda financiera cubre mis facturas de Radiology Inc., APOGEE, Gerig Surgical y proveedores externos?**

✓ No. Por favor, póngase en contacto con cada proveedor para informarse sobre las opciones de asistencia financiera para sus facturas. La ayuda financiera SÍ cubre las cuentas de los proveedores de Goshen Physicians.

**10. Ya he hecho algunos pagos en mi cuenta. ¿Ese dinero se me reembolsará?**

✓ Tomaremos sus pagos en cuenta durante la evaluación y se reembolsará si viene al caso.



Goshen Physicians

Solicitud de Ayuda Financiera

Esta solicitud será evaluada para determinar si usted reúne los requisitos para la ayuda financiera. Favor de llenarla de la manera más detallada posible. Si usted está solicitando ayuda para otra persona, por favor conteste cada pregunta usando la información del paciente. Si hay alguna pregunta que no es aplicable, favor de escribir "N/A".

---



---



---



---

**Información del Paciente**

Nombre	Apellido	# de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
--------	----------	--------------------	---------------------

Domicilio de casa	Domicilio para recibir correo *Si es distinta
-------------------	---

Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------	--------	--------	---------------

Condado de Residencia	Número de teléfono
-----------------------	--------------------

**Información sobre el hogar**

Favor de enumerar a todos que viven en el hogar

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco al Paciente	¿Tiene cuenta con saldo?

**Información sobre sus ingresos**

Favor de completar esta sección con el ingreso **bruto** de cada miembro del hogar

Nombre del miembro del hogar	Cantidad	Frecuencia del pago	Nombre del Empleador y Número de Teléfono

**Otros Ingresos**

Favor de completar esta sección sobre otros ingresos, que no sea del trabajo.

Tipo de Ingreso	Cantidad	Con qué frecuencia	Nombre del recipiente
SSI			
Manutención			
Desempleo			
TANF			
Ingresos de Propiedades			

Pensión u otros beneficios de jubilación			
Otros ingresos			

¿Usted anticipa que sus ingresos cambien en los próximos 3 meses? **Sí No**

**Activos Financieros**

¿Tiene cuentas bancarias? <b>Sí / No</b>
Saldo de la cuenta corriente _____ Banco:
Saldo de la cuenta de ahorros _____ Banco:

**Seguro Médico**

¿El paciente tiene seguro médico?	<b>Sí / No</b>
¿El paciente participa en un plan médico (como Liberty Health Share, Samaritan Ministries, Christian Health Share)?	<b>Sí / No</b>
¿Sí? Necesitamos comprobante de pago o una carta de denegación.	
¿Ha solicitado Medicaid/HIP dentro de los últimos 120 días?	<b>Sí / No</b>
¿Sí? Necesitamos la carta de determinación.	
¿Tiene beneficios de Cobra disponibles?	
De ser así, ¿cuál fue la fecha de terminación del empleo?	<b>Sí / No</b>

**Información del Esposa(o)**

Nombre	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento

**Acuerdo del Paciente**

Yo por medio del presente solicito apoyo financiero por los servicios proporcionados en las instalaciones de Goshen Health y certifico que toda la información aquí presentada es verídica, precisa y correcta a mi mejor saber y entender. Yo por medio del presente autorizo a Goshen Health y sus apoderados a solicitar un reporte de crédito o verificar otra información de crédito. Yo por medio del presente doy el consentimiento a Goshen Health para verificar todas las declaraciones hechas en esta Solicitud de Ayuda Financiera.

En caso de que el abajo firmante, el paciente, o cualquier otra persona en nombre del paciente tiene derecho de recibir los beneficios de su seguro médico por servicios proporcionados al paciente en cualquier instalación de Goshen Health, dichos beneficios del seguro médico son asignados a Goshen Health para aplicarse contra la cuenta del hospital del paciente. También se concuerda por medio del presente que Goshen Health o cualquier instalación de Goshen Health pueda enviar un recibo a la compañía de seguro médico por cualquier pago hecho liberando la compañía de seguro médico de cualquier y todas las obligaciones bajo la póliza de dicho seguro médico hasta el monto del pago. El abajo firmante y el paciente, sin embargo, quedan responsables de los cobros del hospital no cubiertos por este acuerdo, en caso de que esta solicitud sea denegada.

Goshen Health se reserva el derecho de reevaluar esta solicitud de ayuda financiera si se dispone de información adicional después de una determinación. Estoy/estamos conscientes de que cualquier persona que haga o cause que se haga una declaración falsa comete un delito castigado por la ley, y podrá ser multado o encarcelado por fraude y/o perjurio.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Firma del responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Esposo(a) del paciente/ Firma del Esposo(a) del responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha





## RELEASE OF EMPLOYMENT HISTORY LKE INSTRUCTIONS Rev.3/1/24

The Indiana Department of Workforce Development (IDWD) will release wage or employment history information to a third party only via the Last Known Employer (LKE) website after submitting a completed copy of the attached release form. Please login to your LKE account to submit requests for employment history. If you do not have a LKE account and the reason for requesting employment history on behalf of a citizen is in compliance with IC 4-1-6-2(13)(B), you may apply for an account by navigating to <https://uplink.in.gov/lke>.

### \*Please Note:

- **Non-IDWD forms will not be completed by IDWD staff.**
- **Unemployment insurance (UI) benefit information:** Applicants who have had an Indiana UI claim can obtain benefit information via their Claimant Self Service (CSS) account at [uplink.in.gov/CSS/CSSLogon.htm](https://uplink.in.gov/CSS/CSSLogon.htm). CSS support can be reached by navigating to [webapps.dwd.in.gov/AskWorkOne](https://webapps.dwd.in.gov/AskWorkOne) or calling 800-891-6499.
- **Copies of IRS Form 1099-Misc:** Applicants who have had an Indiana UI claim can obtain copies via CSS of Form 1099 issued by DWD for UI payments.

### Information regarding employment history available via IDWD employer Unemployment Insurance Tax records:

- **If complete wage and/or employment history records are needed**, we recommend contacting the Social Security Administration, Internal Revenue Service, or Indiana Department of Revenue.
- IDWD employer tax records **do not include wages earned** in other states or U.S. territories, income earned which was or will be reported on a 1099-Misc Form (self-employment, contract employment, etc), or income earned through the performance of non-covered or excluded services described in IC 22-4-8.
- Employers report wages to IDWD quarterly. Even timely reports are often 4-6 months in the arrears. The information IDWD has available is employer, not employee, records for the purposes of assessing an employer's Unemployment Insurance Tax **which is often not an accurate reflection of an individual's complete income or employment history.**

### To avoid an automatic denial, please ensure the following action is taken when submitting a request for employment information via the LKE website:

- Use only the attached form. No other forms will be accepted or completed. Do not submit non-DWD forms.
- **Ask applicants to provide all previously used names during employment on the IDWD approved release form.**
- Confirm the form is **complete**, legible, and there are no corrected errors on the release form. If a mistake is made, please complete a new form as an error on the form could result in the request being denied.
- A **valid** Social Security Number or Individual Tax Identification Number is required.
- An **original signature** (not electronic) is required for the applicant.
- Submit only one release form per applicant request for employment history. Requests submitted with release forms belonging to multiple applicants will be denied.
- Please do not submit duplicate requests. Submitting duplicate requests delays processing times and may result in denial.
- Every effort will be made to respond to requests within 5 business days. Processing times may be longer during periods of high volume.

Thank you,

Employment History Verification Unit  
Indiana Department of Workforce Development  
[employverification@dwd.in.gov](mailto:employverification@dwd.in.gov)



**RELEASE OF INFORMATION** Rev. 3/1/24

\*APPLICANT'S NAME: \_\_\_\_\_

*Additional names used during employment:* \_\_\_\_\_

\*SOCIAL SECURITY or INDIVIDUAL TAX IDENTIFICATION NUMBER: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*\*\*Applicant contact information*

Email Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

I authorize the Indiana Department of Workforce Development to release all wage and unemployment benefit information to the organization below.

\_\_\_\_\_  
\*SIGNATURE OF APPLICANT

\_\_\_\_\_  
\*TODAY'S DATE:

**NOTE: RELEASE MUST BE SUBMITTED WITHIN 90 DAYS OF APPLICANT SIGNING RELEASE FORM.**

Check this box if a Power of Attorney is attached.

**NOTE: This section must be completed by the organization requesting employment history.**

By signing below you agree that you understand that data we release to you is protected under state law (IC 22-4-19-6) and federal regulations (20 CFR § 603.5) as confidential information. You also confirm that you have verified the applicant's identity by viewing some type of photo identification.

\*SIGNATURE OF REQUESTOR: \_\_\_\_\_

\*Printed Name of the Requestor: \_\_\_\_\_

\* Requesting Organization: GOSHEN PHYSICIANS

\*Email Address: \_\_\_\_\_

\*Phone Number: 574 \_364 \_4727 Fax Number: 574 \_364 \_2759

**\*REQUIRED FIELDS**

**\*\*Applicant's phone number, email address, or mailing address is required.**

Email [employverification@dwd.in.gov](mailto:employverification@dwd.in.gov) to reach a DWD employment history or LKE website specialist.