EXCLUDED SERVICES:

The following services do NOT qualify for financial assistance.

Sports Physicals
Nursing Student Physicals
DOT Physicals
Dry Needling
Pellet Insertion
CET Injections
Nitrous Oxide
Cateract
(Toric Lens, PanOptix Lens & Vivity Lens)

Para solicitar

1. Deberá proporcionar una verificación de calificación a través del DHS de su condado. Nuestros cajeros o asesores financieros están en el centro para ayudar con este proceso de solicitud de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p.m.
2. Adjunte 3 formularios:
   a. Aviso de decisión del DHS
   b. Copia de las facturas con la asistencia necesaria
   c. Copia del talón de pago con la declaración de impuestos (si no está empleado actualmente, incluya la verificación de otro documento de asistencia)
3. Devuelva la solicitud y los documentos a la siguiente dirección:
   Greater Regional Health
   Business Office
   1700 West Townline Street
   Creston, Iowa 50801

LLAME SI TIENE ALGUNA PREGUNTA

CAJERO

1700 West Townline Street
Creston, Iowa 50801

Phone: 641-782-3538
Fax: 641-782-3689

FACTURACIÓN

1-888-298-9006

CORREO ELECTRÓNICO:

cashier@greaterregional.org

PR 9/24

Greater Regional HEALTH

Solicitud DE ASISTENCIA FINANCIERA

WWW.GREATERREGIONAL.ORG

	Información del solicitante (garante)		Información del cónyuge u otro miembro adulto del hogar
Nombre		Nombre	
Dirección		Dirección	
Ciudad, estado, código postal		Ciudad, estado, código postal	
Fecha de nacimiento		Fecha de nacimiento	
SSN		SSN	
N.º de teléfono de contacto		N.º de teléfono de contacto	
Empleador		Empleador	
Se ofrece salud grupal del empleador	Sí _____o No_____	Se ofrece salud grupal del empleador	Sí _____o No_____
Si no tiene empleo, la última fecha de trabajo:	Última tarifa horaria:	Si no tiene empleo, la última fecha de trabajo:	Última tarifa horaria:

Nombre y edad de los hijos dependientes_____

Los documentos requeridos son una copia de su última declaración de impuestos sobre la renta y talones de cheques de pago actuales con información del año hasta la fecha.

Si tiene alguno de los siguientes ingresos: Seguro Social - Asistencia del VA - Jubilación ferroviaria - Manutención de menores - Discapacidad

Proporcione la documentación de verificación: Pensión - Pensión alimenticia - Desempleo - Compensación laboral

Su solicitud debe ir acompañada de un comprobante de ingresos, si no está dispuesto a proporcionarlo, no será considerado para recibir atención de beneficencia.

Activos/Pasivos				Gastos calificados		
Efectivo disponible	$	Vehículo - Modelo/año	$	Factura médica en GRMC		
Cuentas bancarias: - corrientes	$	Valor	$	Seguro médico		
- de ahorros	$	Saldo adeudado		Otras facturas médicas		
Inversiones: Bonos certificados de depósito	$	Vehículo - Modelo/año				
Si es propietario: valor de la vivienda	$	Valor	$			
Saldo adeudado	$	Saldo adeudado	$			
Otros activos:	$	Otros préstamos:	$			
	$		$			

Proporcione verificación de calificación para programas de asistencia como FIP, LIHEAP, WIC y SNAP (asistencia alimentaria). También proporcione prueba de denegación de Medicaid por parte del DHS.

Certifico que la información en esta declaración y en todos los formularios relacionados es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información es falsa, la asistencia será denegada o revocada. Autorizo a Greater Regional Medical Center a verificar una parte o la totalidad de la información proporcionada para obtener un informe de crédito del beneficiario si se considera necesario.

Firma del solicitante:_____ Fecha:_____

Firma del cosolicitante:_____ Fecha:_____