

Aria - Jefferson Health
Unidad de Servicios Financieros

Nombre del paciente: _____ Número de registro médico: _____

Solicitud de: Odontológico Médico

Nombre del paciente: _____ Estado civil del paciente: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____

Nombre del jefe del hogar (si corresponde): _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono del hogar del paciente: _____ Celular del paciente: _____

Teléfono del trabajo del paciente: _____ Correo electrónico del paciente: _____

Confirme la dirección de arriba. Corrija si es necesario.

Miembros del hogar

Proporcione el nombre completo y la fecha de nacimiento de todos los miembros. Incluya el número de Seguro Social y la relación, si lo sabe.

Nombre <i>Nombre completo - Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido</i>	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Relación con el solicitante	Ciudadanía <small>Sí, No o Permiso de Residente</small>	Solicitante <small>Marque si es afirmativo</small>
			YO		<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

*La relación con el solicitante debe ser la relación del miembro del hogar con el solicitante, no con el Garante.
Por ejemplo: esposa, esposo, hija, hijo, madre, padre, hijastro, hijastra, primo, etc.*

Ingresos del hogar

Indique si usted o alguien en su hogar recibe alguno de los siguientes tipos de ingreso:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sueldo/Salario | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos |
| <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Compensación por desempleo | <input type="checkbox"/> Discapacidad/Beneficios por discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Pensión | <input type="checkbox"/> Indemnización por accidente laboral |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Bienes raíces/Ingresos por alquiler de propiedad | <input type="checkbox"/> Estudiante I-20 |
| | | <input type="checkbox"/> Otro |

Proporcione la siguiente información correspondiente a todos los ingresos que usted indicó que reciben:

Miembro del hogar	Tipo <i>Proporcione el nombre del empleador, si corresponde.</i>	Cantidad	Período <i>Seleccione uno.</i>	Fecha de inicio	Fecha de finalización <i>(Si corresponde)</i>
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por horas # horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por horas # horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por horas # horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por horas # horas/semana _____		

Nombre del paciente: _____ Número de registro médico: _____

☰ Para todos los ingresos familiares recibidos, debe proporcionar documentos de respaldo con el fin de completar esta solicitud (es decir, declaración de impuestos, recibos de pago, carta(s) de aprobación, horarios de trabajo por cuenta propia, declaraciones de manutención infantil, etc.).

Mi hogar no tiene ningún ingreso devengado ni no salarial.

Activos/Recursos

Indique si usted o alguien en su hogar reciben alguno de los siguientes recursos:

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cuenta(s) corriente(s) | <input type="checkbox"/> CD | <input type="checkbox"/> Fondos mutuos |
| <input type="checkbox"/> Cuenta(s) de ahorros | <input type="checkbox"/> Anualidades | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cuenta(s) del mercado monetario | <input type="checkbox"/> Bonos | |

Proporcione la siguiente información correspondiente a todos los ingresos que usted indicó que reciben:

Miembro del hogar	Tipo	Número de cuenta	Valor

☰ Para todos los activos/recursos recibidos, debe proporcionar los estados de cuenta de 3 meses consecutivos con el fin de completar esta solicitud.

Mi hogar no tiene ningún activo ni recursos a su nombre.

Otra información

Responda las siguientes preguntas.

¿El paciente tiene una tarjeta de residente permanente para los Estados Unidos? Sí No

¿Este hogar cuenta actualmente con asistencia pública? Sí No En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:

Nombre y número de identificación de la compañía de seguros _____

¿El paciente ha solicitado asistencia pública en los últimos 12 meses? Sí No

En caso afirmativo, ¿se le denegó la cobertura? Sí No

☰ Adjunte la carta de aprobación/denegación PA-162. (Recibido por parte del Departamento de Bienestar de Pennsylvania)

¿El paciente tiene seguro médico? Si recibe un seguro médico, notifique al departamento. El seguro médico siempre es primordial sobre la asistencia financiera. Sí No En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:

Nombre y número de identificación de la compañía de seguros _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Agregue cualquier otra información que respalde su solicitud:

Nombre del paciente: _____ Número de registro médico: _____

Miembros del hogar (continuación)

Proporcione el nombre completo y la fecha de nacimiento de todos los miembros. Incluya el número de Seguro Social y la relación, si lo sabe.

Nombre <i>Nombre completo - Primer nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido</i>	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Relación con el solicitante	Ciudadanía Sí, No o Permiso de Residente	Solicitante Marque si es afirmativo
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

*La relación con el solicitante debe ser la relación del miembro del hogar con el solicitante, no con el Garante.
Por ejemplo: esposa, esposo, hija, hijo, madre, padre, hijastro, hijastra, primo, etc.*

Ingresos del hogar (continuación)

Proporcione la siguiente información correspondiente a todos los ingresos que usted indicó que reciben:

Miembro del hogar	Tipo <i>Proporcione el nombre del empleador, si corresponde.</i>	Cantidad	Período <i>Seleccione uno.</i>	Fecha de inicio	Fecha de finalización <i>(Si corresponde)</i>
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por horas # horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por horas # horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por horas # horas/semana _____		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Por horas # horas/semana _____		

☞ Para todos los ingresos familiares recibidos, debe proporcionar documentos de respaldo con el fin de completar esta solicitud (es decir, declaración de impuestos, recibos de pago, carta(s) de aprobación, horarios de trabajo por cuenta propia, declaraciones de manutención infantil, etc.).

Activos/Recursos (continuación)

Proporcione la siguiente información correspondiente a todos los ingresos que usted indicó que reciben:

Miembro del hogar	Tipo	Número de cuenta	Valor

☞ Para todos los activos/recursos recibidos, debe proporcionar los estados de cuenta de 3 meses consecutivos con el fin de completar esta solicitud.

Otra información (continuación)

Responda las siguientes preguntas.

¿Este hogar cuenta actualmente con asistencia pública?

Nombre y número de identificación de la compañía de seguros

Nombre del paciente: _____ Número de registro médico: _____

¿El paciente tiene seguro médico? Si recibe un seguro médico, notifique al departamento. El seguro médico siempre es primordial en comparación con la asistencia financiera. Sí No *En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:*

Nombre y número de identificación de la compañía de seguros

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____