



*"MAXIMIZING THE QUALITY OF LIFE OF AREA RESIDENTS"*

---

#### Aplicación de Evaluación de Casa

Estimado Solicitante:

Usted puede tener derecho de conseguir la ayuda económica de ISHC, S.a. solicitando nuestra Escala de Honorarios que desliza. La Escala Móvil sólo cubrirá los servicios rendidos en el Dispensario. Seríamos felices de ayudarle con el proceso de aplicación si lo necesita. Por favor llama para establecer una cita.

Llene por favor la aplicación conectada completamente y vuelvelo a la recepción en el Dispensario. Es importante listar a todos los miembros de su familia que viven en su casa para hacer seguro usted califica para el descuento correcto.

Traiga por favor con usted su Prueba de Ingresos que puede ser uno de lo siguiente:

- conceda carta
- estado de cuenta del banco con ingresos de depósito directos
- beneficie cheque
- cheque de apoyo de niño
- estado de ingreso de empleado
- la paga golpea
- declaraciones de renta

Traiga por favor con usted su Prueba de Residencia que puede ser uno de lo siguiente:

- estado de cuenta del banco
- acuerdo de arrenda/renta
- Carta de aprobación de seguro medico
- la paga golpea
- cuenta de utilidad

Esta aplicación no es la misma que el Hospital Superior del Valle de Connecticut (UCVH) y la Alianza de Dartmouth Hitchcock (DHMC) ofrecen.

Si usted es un residente de New Hampshire con seguro medico, usted puede calificar para la Red del Acceso de la Salud de New Hampshire (NHHAN). Pida por favor al personal de recepción por la aplicación de NHHAN. Si usted necesita ayuda económica para servicios en UCVH o DHMC, favor de contactar Ginny Bellacqua en UCVH, telefono 603-388-4234.

Si usted tiene cualquier pregunta con respecto al ISHC, S.a. Escala Móvil, por favor no vacila en contactarnos.

Contactarnos:

Mary Beth DeGray  
Revenue Cycle Manager **OR**  
603-388-2423

Brenda Puglisi  
Outreach Coordinator  
603-388-2414

141 CORLISS LANE  
COLEBROOK NH 03576  
TELEPHONE: (603) 237-8336 FACSIMILE: (603) 237-4467  
WWW.INDIANSTREAM.ORG

**Información Básica del Paciente**

El número del seguro social del paciente: \_\_\_\_\_

El nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo **F** **M**

Dirección de calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**¿La Relación del Paciente al Asegurado?**

Uno mismo  Hijo(a)  Esposo  Guardián  Otro \_\_\_\_\_

**Presente por favor su tarjeta de seguro medico al recepcionista de la recepción al volver esta forma**

**Información para la Fractura/Garante Información/Responsable para el Encuentro**

El nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido

Dirección de calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ El número del seguro social del Asegurado \_\_\_\_\_

Sexo **F** **M**

Teléfono de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador del Garante \_\_\_\_\_

**La Cobertura - Primario**

El nombre del seguro medico \_\_\_\_\_

Número de política \_\_\_\_\_ La fecha efectivo (si aplicable) \_\_\_\_\_

Nombre del grupo \_\_\_\_\_

Médico Primario de Salud \_\_\_\_\_

El nombre del Asegurado \_\_\_\_\_  
Primero Segundo Apellido

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ La fecha de su jubilacion (si aplicable) \_\_\_\_\_

Sexo **F** **M** Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

El nombre del empleador del Asegurado \_\_\_\_\_

La dirección de calle del poseedor del seguro \_\_\_\_\_

(Si diferente a la dirección del paciente) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**La Cobertura - Secundario**

El nombre del seguro medico \_\_\_\_\_

Número de política \_\_\_\_\_ La fecha efectivo: \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo \_\_\_\_\_ La fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

Médico Primario de Salud \_\_\_\_\_

El nombre del Asegurado \_\_\_\_\_

Primero Segundo Apellido

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ La fecha de su jubilacion (if applicable) \_\_\_\_\_

Sexo **F** **M** Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

El nombre del empleador del Asegurado \_\_\_\_\_

La dirección de casa del poseedor del seguro \_\_\_\_\_

(Si diferente a la dirección del paciente) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Información Adicional del Paciente**

Estado civil  Solo  Casado  Divorciado  Separado

Posición de empleo del paciente  Jornada completa  A tiempo parcial  Ninguno

Posición de empleo del esposo  Jornada completa  A tiempo parcial  Ninguno

Posición del estudiante (si aplicable)  Jornada completa  A tiempo parcial  Ninguno

¿Trajo hoy con usted la forma escrita de referencia del médico que le refirio ?  SI  No

Nombre del médico de referencia \_\_\_\_\_

**La Información del Contacto en Emergencia - el Contacto Primario**

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Notas/direcciones especiales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Acuerdo financiero de Responsabilidad**

Los yo/nosotros por la presente autorizamos ISHC a proporcionar toda información con respecto a mi historia clínica, el diagnóstico y el tratamiento de yo mismo o de mi niño (si aplicable) a un seguro La compañía con respecto a mis reclamos para beneficios. Si sin embargo, dijo que asegurador falla de encontrar esta obligación en el total o en parte, o si yo no-aseguro, los YO/NOSOTROS concordamos en ser responsable Para el honorario y el costo implicó en el tratamiento del encima de paciente denominado. Los yo/nosotros autorizamos el pago de beneficios médicos a ISHC y entendemos aún más que eso debe mi La cuenta tiene que ser referida a un abogado para la colección que soy responsable de todos honorarios y costos contrajo en eso.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del paciente o guardian \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Evaluación de casa**Cabeza de familia \_\_\_\_\_  Niño(a) acogido/criado in otra familia

El nombre del paciente \_\_\_\_\_

Primero

Segundo

Apellido

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Seguro social \_\_\_\_\_

Dirección de calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Codigo Postal \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_

Prueba de Ingresos \_\_\_\_\_

Ingresos \_\_\_\_\_

Prueba de Residencia \_\_\_\_\_

Frecuencia

 Diariamente Semanalmente Bi - Semanalmente Mensualmente Dos veces Mensualment Anualmente

El número de niños acogidos \_\_\_\_\_

El número de niños que esta esperando (en su vientre) \_\_\_\_\_

**Miembros de casa****El Miembro de la casa 1**

Nombre \_\_\_\_\_

Primero

Segundo

Apellido

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Seguro social \_\_\_\_\_

Prueba de Ingresos \_\_\_\_\_

Ingresos \_\_\_\_\_

Frecuencia \_\_\_\_\_

Ingresos anuales \_\_\_\_\_

¿Niño(a) agocido? \_\_\_\_\_

Conde de trabajo \_\_\_\_\_

**El Miembro de la casa 2**

Nombre \_\_\_\_\_

Primero

Segundo

Apellido

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Seguro social \_\_\_\_\_

Prueba de Ingresos \_\_\_\_\_

Ingresos \_\_\_\_\_

Frecuencia \_\_\_\_\_

Ingresos anuales \_\_\_\_\_

¿Niño(a) agocido? \_\_\_\_\_

Conde de trabajo \_\_\_\_\_

**El Miembro de la casa 3**

Nombre \_\_\_\_\_

Primero

Segundo

Apellido

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Seguro social \_\_\_\_\_

Prueba de Ingresos \_\_\_\_\_

Ingresos \_\_\_\_\_

Frecuencia \_\_\_\_\_

Ingresos anuales \_\_\_\_\_

¿Niño(a) agocido? \_\_\_\_\_

Conde de trabajo \_\_\_\_\_

**El Miembro de la casa 4**

Nombre \_\_\_\_\_

Primero

Segundo

Apellido

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Seguro social \_\_\_\_\_

Prueba de Ingresos \_\_\_\_\_

Ingresos \_\_\_\_\_

Frecuencia \_\_\_\_\_

Ingresos anuales \_\_\_\_\_

¿Niño(a) agocido? \_\_\_\_\_

Conde de trabajo \_\_\_\_\_

**Miembros de casa continuacion****El Miembro de la casa 5**

Nombre	_____	_____	_____
	Primero	Segundo	Apellido
Fecha de nacimiento	_____	Seguro social _____	Prueba de Ingresos _____
Ingresos	_____	Frecuencia _____	
Ingresos anuales	_____	¿Niño(a) agocido? _____	Conde de trabajo _____

**El Miembro de la casa 6**

Nombre	_____	_____	_____
	Primero	Segundo	Apellido
Fecha de nacimiento	_____	Seguro social _____	Prueba de Ingresos _____
Ingresos	_____	Frecuencia _____	
Ingresos anuales	_____	¿Niño(a) agocido? _____	Conde de trabajo _____

**El Miembro de la casa 7**

Nombre	_____	_____	_____
	Primero	Segundo	Apellido
Fecha de nacimiento	_____	Seguro social _____	Prueba de Ingresos _____
Ingresos	_____	Frecuencia _____	
Ingresos anuales	_____	¿Niño(a) agocido? _____	Conde de trabajo _____

**El Miembro de la casa 8**

Nombre	_____	_____	_____
	Primero	Segundo	Apellido
Fecha de nacimiento	_____	Seguro social _____	Prueba de Ingresos _____
Ingresos	_____	Frecuencia _____	
Ingresos anuales	_____	¿Niño(a) agocido? _____	Conde de trabajo _____

**El Miembro de la casa 9**

Nombre	_____	_____	_____
	Primero	Segundo	Apellido
Fecha de nacimiento	_____	Seguro social _____	Prueba de Ingresos _____
Ingresos	_____	Frecuencia _____	
Ingresos anuales	_____	¿Niño(a) agocido? _____	Conde de trabajo _____

**El Miembro de la casa 10**

Nombre	_____	_____	_____
	Primero	Segundo	Apellido
Fecha de nacimiento	_____	Seguro social _____	Prueba de Ingresos _____
Ingresos	_____	Frecuencia _____	
Ingresos anuales	_____	¿Niño(a) agocido? _____	Conde de trabajo _____