



Application for the Uninsured Relief
Harrington Memorial Hospital
100 South Street
Southbridge, MA 01550

Aplicación para Asistencia Del No Asegurado

Fecha: _____ Numero de Teléfono (____) _____ - _____

Nombre del Paciente _____

Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado/Código Postal _____

Solicitante Y Grupo Familiar

Nombre Relación Sexo Fecha de nacimiento Numero de Seguro Social

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Sexo</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Numero de Seguro Social</u>

Información de Empleo

Favor de incluir su empleador actual y el de su grupo familiar.

<u>Nombre de la persona:</u>	<u>Nombre del empleador/Compañía:</u>

Ingreso Actual



Nombre	Tipo de Ingreso	Cantidad por Semana/Mes

Cualquier otro Tipo de Seguro de Salud

Nombre	Nombre del Portador	Numero de identificación

Asignación de su Derecho

Favor de leer detenidamente y Firmar

Yo autorizo a mi empleador y mi portador de salud de suplir a este hospital información sobre mi sueldo, mis pagos de beneficio de seguro, co-seguro, co-pagos, deducibles y cualquier beneficio de cobertura que tenga.

Estoy en búsqueda Asistencia del No Asegurado por razones de un accidente, lesión en el trabajo, o cualquier otro incidente en que pueda recibir dinero, le reembolsare al hospital cualquier servicio que haya sido pagado por el Programa de Asistencia del No Asegurado. Le concedo a este hospital el derecho de coleccionar pagos del asegurado para cuidado medico como sea apropiado. Estoy de acuerdo el completar una aplicación de consideración para el programa de Mass Health, también de Commonwealth Care, y Health Safety Net.

Mientras este elegible para la Asistencia del No Asegurado, estoy de acuerdo a informarle a este hospital de cualquier cambio de mi estatus de familia, incluyendo el tamaño, cambios de ingresos, o elegibilidad para beneficios de seguro que puedan cambiar mi elegibilidad para la Asistencia del No Asegurado.

Toda la información en esta aplicación es verdadera según lo que se. Estoy de acuerdo a suministrar documentación al tiempo de esta solicitud. Entiendo que la Asistencia del No Asegurado es el último recurso del indemnizado.



Firma de todos solicitante sobre 18 años de edad

Fecha

Firma del Representante Autorizado-Signature of Authorized Representative / Date

Firma

Fecha