



**NorthShore**  
MEDICAL GROUP

## Aplicacion para Plan de Asistencia al Paciente

El programa de asistencia al paciente esta disponible para pacientes, depende al numero de personas en la familia y la cantidad de ingreso. Por favor complete esta forma con la informacion siguiente para determinar si usted y otros miembros familiares son elegibles para este descuento.

El descuento sera aplicado para los servicios medicales que reciba en esta clinica. Tambien ahi unos servicios que no estan cuviertos como sirugias/procedimientos, y servicios que sean comprados por doctores afuera de Northshore Medical Group (Por ejemplo: referencia laboratoria, medicinas, servicios del hospital, oh interpretasion de imagines de rayos x)

En la esperanza de que su situasion financiera mejore, esta aplicacion sera efectiva por un año, oh cuando empieze su plan de aseguransa (lo que pase primero). Por favor vaya a la oficina de negocios si tiene preguntas oh necesita asistencia para completar la aplicacion.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

<b>Nombres</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>
Esposa/o:	
Depende:	
Depende:	
Depende:	

Depende:	
----------	--

Por favor presente copias de lo siguiente:

<b>Lista de Verificacion</b>	<b>Tipo &amp; Numero</b>	<b>Fecha Recivida</b>
1. Identificacion con Foto		
2. Taxes del Año Pasado o talon de pago reciente		
3. Medicaid <input type="checkbox"/> No elegible para aplicar <input type="checkbox"/> Evidensia que no fue aprobado		

Yo certifico que el numero de familia y informasion de ingresos son correctos. Verificacion sera requerida anualmente para mantener este descuento.

\_\_\_\_\_

Nombre Firma & Fecha

---



---

**Uso de NSMG**

Date approved: \_\_\_\_\_

Date Expires: \_\_\_\_\_