

Name: _____

Appt: _____

INDIGENT CARE PROGRAM/FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM

Attached is an application for possible financial assistance. To be considered eligible for financial assistance or to maintain your current eligibility, please complete the application in pen, with the necessary documentation. Your application will be denied if all documentation requested is not received. Eligibility will be determined within 14 days of receipt of a completed application from the patient.

Income	
☐	• Current Bank Statement.
☐	• Last three (3) paystubs. (If cash payment, letter from employer or cash logs)
☐	• If self-employed, last three (3) months of Profit and Loss statements
☐	• If unemployed, proof that either patient has applied for Social Security Disability
☐	• Social Security Award Letter or Social Security Disability Award Letter
☐	• Pension Benefit
☐	• Child support
☐	• Veterans Administration benefit
Residence & Transportation	
☐	• Current Utility Statement (gas, electric or water).
☐	• Residing outside of Seguin, proof of Guadalupe County residency such as: vehicle registration, voter identification, or property tax statement.
Identification & Benefits	
☐	• Texas Driver's License or Texas ID. (must have the applicants current address)
☐	• Social Security Card.
☐	• If someone is providing assistance to the applicant, the 5th page of the application must be signed (Assistance Statement Verification. Form H1134/07-2004)
☐	• Food Stamp Award Letter

Important:

Please complete your name and address and sign and date application.

Indigent Health Care is for Guadalupe County Residents only

As a condition of your eligibility, Guadalupe County Indigent Health Program requires your cooperation in identifying potential payment sources. If you are out of county, please apply for Indigent Health Care through your county. Your application may be pended until you are determined ineligible for the other programs. Thank you for your cooperation in the process of your application.

You must give information about health care insurance and any third party financially liable for health care services paid by the county for yourself and members of the household. By signing and submitting this application, you are agreeing to give the county the right to recover the cost of health care services provided by the county by any third party. If you have answered all of the questions on the application including signatures and have provided all documents, your application can be processed.

Guadalupe County Indigent Health Care Program
Paola Pacheco (Financial Counselor)
1215 E. Court St. - Seguin, TX 78155

Please call Patient Account Service Offices at
(830) 401-7875 to set up an appointment

Nombre: _____

Cita: _____

EL PROGRAMA DE ATENCION MEDICA PARA INDIGENTES DEL CONDADO DE GUADALUPE

Una aplicación para ayuda financiera posible es incluida. Para ser considerado elegible para ayuda financiera o mantener su elegibilidad corriente, por favor complete la aplicación con una pluma, con la documentación necesaria. Si toda la documentación solicitada no es recibida, su aplicación será negada. La elegibilidad será determinada dentro de 14 días después del recibo de una aplicación completada y documentación del paciente.

Ingresos	
☐	• Estado de cuentas del banco residentes
☐	• Últimos tres 3 talones de sueldo (Si pago es en efectivo, carta del empleador o recibos en efectivo)
☐	• Si por cuenta propia, los últimos 3 tres meses de Estados de pérdidas y ganancias
☐	• Si usted está desempleado, debe proporcionar prueba de que usted ha aplicado para Seguro Social por incapacidad
☐	• Carta de Seguridad Social o carta de adjudicación de incapacidad de Seguridad Social
☐	• Carta de beneficio de Pensión
☐	• Beneficio de la administración de veteranos
Residencia y Transporte	
☐	• Declaración de utilidad actual (gas, eléctrico o de agua).
☐	• Que residen fuera de Seguin, prueba de residencia Guadalupe Condado como: registro de vehículo, identificación del votante o declaración de impuestos sobre la propiedad.
☐	• Si el paciente es dueño de un vehículo, pago mensual, se requiere el equilibrio y kilometraje.
Identificación y Beneficios	
☐	• Licencia de conducir de Texas o Identificación de Texas (debe de tener dirección actual del solicitante)
☐	• Tarjeta de seguro social
☐	• Si alguien está prestando asistencia al solicitante, la 5ª página de la aplicación debe ser firmada (verificación de declaración de asistencia. Forma H1134/07 / 2004)
☐	• Carta de adjudicación de cupones para alimentos

Importante:

Por favor complete su nombre y dirección. Firme y fecha la solicitud

El Programa de Salud de Indigentes es para residentes del Condado Guadalupe solamente

Como condición para su elegibilidad, el programa requiere su cooperación en la identificación de fuentes potenciales de pago. Si estas fuera de condado, por favor aplique para Indigentes a través de su condado. En su caso y no son empleados en el momento de la solicitud, se le pedirá para solicitar a Medicaid, Social Seguridad de ingreso suplementario o estar registrado con la Comisión Laboral de Texas, se requiere evidencia de tales. Su aplicación puede ser pendiente hasta que es determinado elegible para otros programas. Gracias por su colaboración en el proceso de su aplicación.

Debe dar información sobre seguro de salud y cualquier otra persona financieramente responsable por servicios de salud pagados por el Condado para usted y los miembros de su familia. Al firma y presentar esta solicitud, usted acepta dar el Condado el derecho a recuperar el costo de servicios de salud proporcionados por el Condado por parte de terceros.

Programa de Asistencia Médica Indigente de Condado de Guadalupe

Attn: Paola Pacheco (Consejero financiero)

1215 E Court St. – Seguin, TX 78155

Favor de llamar para su cita al: (830) 401-7875



FOR OFFICE USE ONLY / PARA USO DE LA OFICINA				
Status ☐ Application ☐ Review	Date Form 100 is Requested/Issued	Date Identifiable Form100 is Received	Case Record Number	Appointment Date and Time, if applicable

APPLICATION FOR HEALTH CARE ASSISTANCE / SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN MÉDICA

Name (Last, First, Middle)/Nombre (Apellido, primer, segundo)		Home Telephone No./Teléfono de la casa	Other Telephone No./Otro número de teléfono	
Have you ever used another name? If so, list other names you have used./¿Ha usado alguna vez otro nombre? Si es el caso, enumere los nombres que ha usado. ☐ Yes/Sí ☐ No				
Mailing Address (Street or P.O. Box)/Dirección Postal (Calle o Apdo.)	Apt.# /Aplo.#	City/Ciudad	State/Estado	ZIP
Home Address, if different from above. If it is rural, give directions. / Domicilio particular, si es diferente a la dirección de arriba. Si es rural, explique cómo llegar.				

1. On the chart below, fill in the first line with information about yourself. Fill in the remaining lines for everyone who lives in the house with you, whether or not you consider them household members. / En la tabla a continuación, llene la primera línea con información acerca de usted mismo. Llene las líneas restantes acerca de todos que viven en la casa con usted, los considere miembros de la unidad familiar o no.

Name (Last, First, Middle) Nombre (Apellido, primero, segundo)	Social Security Number (if available) Número de Seguro Social (si lo tiene a su disposición)	Sex Sexo Male/ Female Hombre/ Mujer	Date of Birth Fecha de nacimiento	What Relation to you? ¿Parentesco con usted?	Are you a sponsored alien? ¿Es usted un extranjero patrocinado?
				MYSELF Yo mismo	

The word "household" in Questions #2 - #16 refers to: you, your spouse, and anyone else that lives with you and with whom you have a legal relationship. You do not need to include information on people who live with you but are not part of your "household."
Las palabras "unidad familiar" en las preguntas #2- #16 se refiere a: usted, su esposo o esposa, y cualquier otra persona que vive con usted y con quien tiene una relación legal. No necesita incluir información de las personas quienes viven con usted que no son parte de su "unidad familiar."

2. What is your household's county and state of residence (where you make your permanent home)?
¿En qué condado y en qué estado viven (tienen su hogar permanente) usted y las personas de la unidad familiar?

County/Condado _____ State/Estado _____

Do you plan to remain in this county and state?

¿Piensa quedarse en este condado y este estado?..... ☐ Yes/Sí ☐ No

3. Living Arrangements/Vivienda

Check all boxes that apply to your household./Marque todas las cajitas que se apliquen a su caso.

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Own or paying for home
Soy dueño de mi casa o la estoy comprando | ☐ Live in a house provided by someone else
Vivo en una casa ajena | ☐ No permanent residence
No tengo residencia permanente |
| ☐ Live with someone else
Vivo con otra persona | ☐ Rent House/Apartment
Rento una casa o apartamento | ☐ Jail
Cárcel |

4. List your average monthly household expenses./Enumere los gastos mensuales de la unidad familiar.

Rent/Mortgage/Renta/hipoteca.....\$ _____

Utilities (gas, water, electric)/Servicios públicos (gas, agua, luz)\$ _____

Telephone/Teléfono\$ _____

Transportation, such as gas, car payments, bus/Transportación, tal como gasolina, pagos del carro, autobús\$ _____

Tax and Insurance on home per year/Impuesto y seguro anual de la casa\$ _____

Other/Otro.....\$ _____

Other/Otro.....\$ _____

Other/Otro.....\$ _____

Does anyone pay these household expenses for you?

¿Hay otra persona que paga estos gastos de la unidad familiar por usted? ☐ Yes/Sí ☐ No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿quién? _____

5. Are you – or is anyone in your household – receiving ☐ TANF ☐ Food Stamp ☐ Medicaid benefits?¿Está usted o alguien de la unidad familiar recibiendo beneficios de TANF, estampillas para comida, y/o Medicaid? ☐ Yes/Sí ☐ No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿quién? _____

6. Are you – or is anyone in your household – pregnant?

¿Está usted o alguien de la unidad familiar embarazada? ☐ Yes/Sí ☐ No If Yes, who? Si contesta "Sí," ¿quién? _____

7. Are you – or is anyone in your household – disabled?

¿Está usted o alguien de la unidad familiar incapacitada? ☐ Yes/Sí ☐ No If Yes, who? Si contesta "Sí," ¿quién? _____

8. Have you – or has anyone in your household – applied for SSI or SSDI?

¿Alguna vez usted o alguien de la unidad familiar solicitó beneficios de SSI o SSDI? ☐ Yes/Sí ☐ No

If Yes, who applied and when?

Si contesta "Sí," ¿quién los solicitó y cuando? _____

9. Do you – or does anyone in your household – have unpaid health care bills from the last three months?

¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar cuentas médicas sin pagar de los últimos tres meses? ☐ Yes/Sí ☐ No

If Yes, which months?

Si contesta "Sí," ¿Cuáles meses? _____

10. Do you – or does anyone in your household – have health care coverage (Medicare, health insurance, V. A., Tricare, etc.)?

¿Tiene usted o alguien de la unidad familiar la cobertura médica (Medicare, seguro médico, V. A., Tricare, etc.)? ☐ Yes/Sí ☐ No

If Yes, who?/Si contesta "Sí," ¿quién? _____

11. How much money do you have? For example, on your person, in your home, in bank accounts, or other locations?

¿Cuánto dinero tiene usted; por ejemplo, en el bolsillo, en la casa, en las cuentas bancarias, o en otros lugares? \$ _____

12. How many cars, trucks, or other vehicles do you – and anyone in your household -- have? List the year, make, and model in the chart below./¿Cuántos carros, camionetas u otros vehículos tienen usted y las personas de la unidad familiar? Anote el año, la marca, y el modelo en la tabla a continuación.

	Year/Año	Make and Model/Marca y Modelo
1.		
2.		

	Year/Año	Make and Model/Marca y Modelo
3.		
4.		

13. Do you – or does anyone in your household – own or pay for a home, lot, land, or other things?

¿Tiene o paga usted o alguien de la unidad familiar una casa, un lote, un terreno, u otros bienes? ☐ Yes/Sí ☐ No

14. Did you – or did anyone in your household – sell, trade, or give away any cash or property during the last three months?

Durante los últimos tres meses, ¿traspasó, vendió o regaló usted o alguien de la unidad familiar dinero o alguna propiedad? ☐ Yes/Sí ☐ No

15. Have you – or has anyone in your household – worked in the last three months?

¿Ha trabajado usted o alguien de la unidad familiar en los últimos tres meses? ☐ Yes/Sí ☐ No If Yes, who? Si contesta "Sí," ¿quién? _____

16. List all of your household's income below. Be sure to include the following: Government checks; money from training or work; money you collect from charging room and board; cash gifts, loans, or contributions from parents, relatives, friends, and others; sponsor's income; school grants or loans; child support and unemployment./Haga una lista de los ingresos de la unidad familiar a continuación. Asegúrese de anotar: Cheques del gobierno; ingresos de trabajo o de capacitación; dinero que recibe de cobros de cuarto y comida; regalos en efectivo, préstamos, o aportaciones de sus padres, familiares, amigos, y otras personas; los ingresos del patrocinador; becas o préstamos de la escuela; o pagos por desempleo.

Name of person receiving money Nombre de la persona que recibe el dinero	Name of agency, person, or employer who provides the money Nombre del patrón, la persona o la agencia que paga el dinero	Amount received Cantidad recibida	How often received? (daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly?) ¿Con qué frecuencia lo recibe? (¿diariamente, por semana, cada quincena, dos veces al mes, una vez al mes?)

The statements I have made, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge and belief.

I agree to give eligibility staff and the county any information necessary to prove statements about my eligibility.

I agree to report any of the following changes within 14 days:

- Income
- Resources
- Number of people who live with me
- Address
- Application for or receipt of SSI, TANF, or Medicaid

I have been told and understand that this application will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, age, sex, disability, or political belief; that I may request a review of the decision made on my application or re-certification for assistance; and that I may request, orally or in writing, a fair hearing about actions affecting receipt or termination of health care assistance.

I understand that by signing this application, I am giving the county the right to recover the cost of health care services provided by the county from any third party. I agree to give the county any information it needs to identify and locate all other sources of payment for health care services.

I have been told and understand that my failure to meet the obligations set forth may be considered intentional withholding of information and can result in the recovery of any loss by repayment or by filing civil or criminal charges against me.

A mi leal saber y entender, las declaraciones que he hecho, y mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas.

Me comprometo a dar al personal que verifica la elegibilidad y al condado toda la información necesaria para comprobar mis declaraciones sobre la elegibilidad.

Me comprometo a avisar, dentro de los 14 días, de cualquier cambio de:

- Ingresos
- Recursos
- Número de personas que viven conmigo
- Dirección
- Solicitud de SSI, TANF, o Medicaid o la entrega de cualquiera de estas.

Me han dicho y comprendo que esta solicitud será considerada sin discriminación por raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, ni afiliación política; que puedo pedir una revisión de la decisión que se haga acerca de mi solicitud de asistencia o recertificación para asistencia; y que puedo pedir, oralmente o por escrito, una audiencia imparcial sobre cualquier acción que afecte la entrega o la terminación de asistencia de atención médica.

Comprendo que al firmar esta solicitud, doy al condado el derecho a recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios médicos proporcionados por el condado. Me comprometo a dar al condado la información necesaria para identificar y localizar cualquier otro fuente de pagos por mis servicios médicos.

Me han dicho y comprendo que si dejo de cumplir con las obligaciones especificadas en ésta podría considerarse como una retención intencional de información y podría dar lugar a la recuperación de pérdidas por medio de la devolución de pagos o por medio de la presentación de cargos criminales en mi contra.

BEFORE YOU SIGN, BE SURE EACH ANSWER IS COMPLETE AND CORRECT.
ANTES DE FIRMAR, ASEGÚRESE DE QUE CADA RESPUESTA SEA COMPLETA Y CORRECTA.

Signature – Applicant / Firma – Solicitante

Date / Fecha

Signature – Spouse / Firma – Esposo o Esposa

Date / Fecha

If the applicant is married and his/her spouse is a household member, the spouse may also sign and date this Form 100 even if the spouse is a disqualified household member. Si el/la solicitante está casado/a y su esposo o esposa vive en la misma casa, el cónyuge también puede firmar que su esposo o esposa también firme esta Forma 100, aunque no tenga derecho de recibir asistencia.

Signature - Person Who Helped Complete This Application / Date
Firma - Persona que ayudó a llenar esta solicitud / Fecha

Signature - Applicant's Representative / Date
Firma - Representante del solicitante / Fecha

Signature – Witness (If signed with "X") / Date
Firma – Testigo (si firma con "X") / Fecha

Address (Street, City, State, ZIP) and telephone number of anyone who helped complete this Form 100/Dirección (Calle, Ciudad, Estado, ZIP) y teléfono de la persona que ayudó a llenar esta Forma 100



**COUNTY INDIGENT HEALTH CARE PROGRAM
CASE RECORD INFORMATION RELEASE**
PROGRAMA DEL CONDADO DE ATENCIÓN MÉDICA AL INDIGENTE
REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE EXPEDIENTE DE CASO

Case Record Name/Nombre en el expediente de caso	Case Record Number/Número de expediente de caso
--	---

I do hereby authorize persons, organizations, or establishments having information or records concerning me/us (or) my/our circumstances, to furnish such information to a representative of the County Indigent Health Care Program.

I hereby grant permission for the County Indigent Health Care Program to obtain information which may have a bearing on my/our eligibility for assistance.

This release form is valid for six months after the date signed.

Yo, por este medio, autorizo a las personas, organizaciones o establecimientos que tengan información o documentos sobre mí/nosotros o sobre mis/nuestras circunstancias para que den dicha información a un representante del Programa del Condado de Atención Médica al Indigente.

Yo, por este medio, doy permiso al Programa del Condado de Atención Médica al Indigente para que obtenga la información que pudiera incidir en mi/nuestro derecho a recibir asistencia.

Este formulario de revelación es válido por seis meses a partir de la fecha en que se firma.

Person or Agency to Whom Information Will Be Released/Persona o agencia a quien se revelará la información
--

☐ **Specific Request (Specify in 1 and 2 below.)**
Petición específica (especifique en 1 y 2 a continuación).

1. **Information Requested/Información pedida:** _____

2. **Period Covered (Dates)/Periodo cubierto (fechas):** _____

☐ **General Request (Any information available may be released.)**
Petición general (puede revelarse toda la información disponible).

Signature- Applicant or Recipient/Firma – Solicitante o beneficiado

Date/Fecha

Signature – Spouse/ Firma - Cónyuge

Date/Fecha

Signature – Guardian, Power of Attorney, Parent of Minor Child/
Firma - Tutor, poder notarial o padre/madre del menor

Date/Fecha



Case Record Name	Case Record Number
------------------	--------------------

4. List your business expenses and income. **IMPORTANT: Attach receipts, invoices, or other verifying papers.**
Anoté los gastos y ingresos de su negocio. **IMPORTANT: Adjunte recibos, facturas, u otros comprobantes.**

Date Fecha	EXPENSES GASTOS	Amount Cantidad
		\$
Total Expenses Total de Gastos		\$

The above information is true, correct, and complete to the best of my knowledge. I understand that giving false information to the county could result in my being disqualified for fraud./Según mi leal saber y entender, toda esta información es cierta, correcta y completa. Comprendo que si doy información falsa al condado puedo ser descalificado por fraude.

Signature of anyone helping you to prepare this form / Date
Firma de la persona que le ayudó a llenar la forma / Fecha

Signature / Firma

Date / Fecha

March 2017



Date

Advisor

Office Address

Telephone No.

Assistance Statement Verification

Case Name

Case No.

The person named above states that you provide help to his/her household. To correctly evaluate the household's situation, the Texas Health and Human Services Commission needs information from you. Please answer the following questions explaining what help you provide and return the form in the postage paid envelope provided. Please return it as soon as possible, but no later than _____.

Does this person live with you? ☐ Yes ☐ No

Do you give anyone in the household cash? ☐ Yes ☐ No

If "Yes", who do you give money to? _____ How much? _____

How often do you give them money? _____ When did you begin providing this help? _____

Do you expect them to pay the money back? ☐ Yes ☐ No If "Yes", when? _____

Do you provide any assistance for the household that is not in cash? ☐ Yes ☐ No

If "Yes", what type? (check all that apply)

☐ shelter ☐ food ☐ personal items ☐ transportation ☐ other (please explain below): _____

Do you pay any of their bills? ☐ Yes ☐ No

If "Yes", which bills? _____

If "Yes", who do you give the money to? _____

If paid by check or money order, who do you make it out to? _____

Do you plan to continue providing assistance to this household? ☐ Yes ☐ No

If "Yes", how long? _____ If "No", date of last assistance. _____

Comments: _____

Name

Signature

Date

Address

Telephone No.



Fecha

Consejero

Dirección

Teléfono

Verificación de declaración de asistencia

Nombre del caso

Núm. del caso

La persona mencionada anteriormente afirma que usted ayuda a su unidad familiar. Para evaluar correctamente la situación de la unidad familiar, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas necesita información de usted. Por favor, conteste las siguientes preguntas explicando qué ayuda ofrece usted y devuelva la forma en el sobre provisto que no necesita estampilla. Por favor, devuelva la forma lo antes posible, pero a más tardar para el _____.

¿Vive esta persona con usted?..... ☐ Sí ☐ No

¿Le da usted dinero en efectivo a alguien de la unidad familiar?..... ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", ¿a quién le da dinero? _____ ¿Cuánto le da? _____

¿Con qué frecuencia le da dinero? _____ ¿Cuándo empezó a dar esta ayuda? _____

¿Espera que le paguen el dinero?..... ☐ Sí ☐ No Si contesta "Sí", ¿cuándo? _____

¿Ofrece alguna ayuda a la unidad familiar que no sea dinero en efectivo?..... ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", ¿qué tipo? (marque todas las opciones que sean pertinentes)

☐ vivienda ☐ alimentos ☐ artículos personales ☐ transporte ☐ otro tipo (por favor, explique a continuación): _____

¿Paga usted alguna de sus cuentas?..... ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", ¿cuáles cuentas? _____

Si contesta "Sí", ¿a quién le da el dinero? _____

Si paga con un cheque o giro postal, ¿a nombre de quien lo hace? _____

¿Tiene planes de seguir dando asistencia a esta unidad familiar?..... ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Sí", ¿por cuánto tiempo? _____ Si contesta "No", dé la fecha de la última ayuda. _____

Comentarios: _____

Nombre

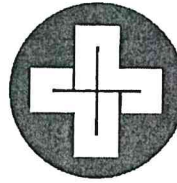
Firma

Fecha

Dirección

Teléfono

Guadalupe Regional
FINANCIAL ASSISTANCE



Guadalupe County Indigent Healthcare
1215 E. Court St., Seguin, TX 78155
Phone: (830) 401-7550 Fax: (830) 401-7460

Guadalupe County Indigent Healthcare Fraud Policy

Definition:

Fraud is the deliberate misrepresentation of some material fact for the purpose of acquiring benefits.

Policy:

Guadalupe Regional Medical Center (GRMC) staff shall investigate cases of suspected fraud by collecting and documenting evidence. Upon a finding of fraud, the patient will be administratively ineligible from the Guadalupe Indigent Healthcare Program. The patient who is suspected of fraud will be contacted via certified letter informing the patient of the withdrawal of eligibility and current allegations. The patient may submit applicable supporting documents/verifications to be considered if he/she disputes the allegations. The patient will have the right to appeal any unfavorable decision.

If, after due process, a patient is found to have intentionally misrepresented information in order to receive benefits the patient will reimburse Guadalupe Indigent Healthcare Program for the cost of benefits the patient was ineligible to receive. The individual will be administratively ineligible for Guadalupe Indigent Healthcare Program benefits and may be subject to prosecution under the Texas Penal Code.

By signing this, I agree to the policy and I have been given an opportunity to ask questions.

Signature

Printed Name

Date

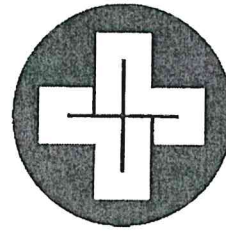
Spouse's Signature

Printed Name

Date

Guadalupe Regional

PRESCRIPTION ASSISTANCE PROGRAM



If I elect to apply for Guadalupe Regional Medical Center's (GRMC) Prescription Assistance Program in addition to the Indigent Healthcare Program:

(Select one)

- ☐ I give my permission for the information I provide in my Indigent Healthcare Assistance Application to be shared with GRMC's Prescription Assistance Program.
- ☐ Please do not provide GRMC's Prescription Assistance Program with any of my information. I will provide them with documentation myself if I apply for the program.

Two separate applications are required for the Indigent Healthcare Program and GRMC's Prescription Assistance Program. If you give your permission, information contained in your Indigent Healthcare Program Application will be shared with GRMC's Prescription Assistance Program. Please note that approval for one program does not guarantee approval for the other program. Additional documentation may be requested from you by GRMC's Prescription Assistance Program after information from the Indigent Healthcare Program is provided.

Signature

Printed Name

Date

Spouse's Signature

Printed Name

Date