

Solicitud de Ayuda Médica Suplementaria para Ministros Ancianos

Aged Ministers Supplemental Application for Medical Assistance

Concilio General de las Asambleas de Dios

General Council of the Assemblies of God

NOMBRE COMPLETO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **EDAD** _____
FULL NAME BIRTH DATE AGE

DIRECCIÓN _____ **CIUDAD** _____ **ESTADO** _____ **CÓDIGO POSTAL** _____
ADDRESS CITY STATE ZIP

SU NÚMERO DE TELÉFONO _____
YOUR PHONE NUMBER

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: _____
E-MAIL:

Dado que la aprobación de una solicitud de Ayuda Médica se basa en sus recursos disponibles, proporcione la siguiente información:

Since approval of a Medical Assistance application is based upon your available resources, please provide the following information:

Cant. en cuenta corriente: _____ **Cant. en cuenta de ahorros:** _____
Amt. in Checking Acct: Amt. in Savings Acct:

Cant. en MBA o cuenta de jubilación: _____
Amt. in MBA or retirement Acct:

Haga una lista de los gastos médicos pagados/adeudados que NO son cubiertos por Medicare, Medicaid o seguro.
List all paid/unpaid medical expenses NOT covered by Medicare, Medicaid or insurance.

Usted DEBE incluir copias de recibos de sus médicos, un informe de la farmacia de los medicamentos expendidos, facturas de hospital y otros servicios médicos.

You MUST include copies of receipts from your doctors, a pharmacy report of medicines received, hospital bills and other medical services.

Las solicitudes de reembolsos no serán consideradas si no están acompañadas de un recibo.
Requests for reimbursement will not be considered without receipts.

Para las prescripciones, provea un informe impreso anual de la farmacia, en vez de los recibos de cada prescripción.
For prescriptions, please provide a printed report from the pharmacy by year, not the individual prescription receipts.

Llame a la farmacia y solicite el informe... ellos se lo proveerán.
Call and ask them for the report... they will provide it for you.

