Cooperative Health

2026

Plan Del Buen Samaritano (GSP)
Solicitud para La Tarifa Variable

___ **First Time Applicant**
___ **Renewal**
___ **Additional Documentation attached**
Location:_____

Fecha de hoy: _____/____/2025

Antes de que otorguemos la aprobación final del GSP deberá proveer lo siguiente al momento de solicitar o dentro de los 14 días de la aplicación.

1. Identificación con foto vigente junto con un comprobante de ingresos del solicitante y otros miembros del hogar mayores de 18 años
2. Prueba de Identidad de todos los dependientes en el hogar menores de 19 años.

Prueba de Ingresos Todos los Comprobantes de Ingresos Deben estar vigentes dentro de los 30 días de la solicitud

- Si le pagan en efectivo, trabaja por su cuenta, o no tiene fuente de ingresos (Complete un formulario de Declaración de Ingresos)

Nota: Se calculará el Ingreso Bruto Total para determinar la aprobación

****Véase lista de pruebas aceptables de Ingresos****

Nombre del Solicitante_____
_ (Debe ser mayor de 18)
correo electrónico_____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado _____ **C. P.** _____
Teléfono de Casa _____
Teléfono 2: _____ □ **Trabajo** □ **celular**

Escriba su nombre en la línea #1, su cónyuge o pareja en la línea #2 y todos los dependientes menores de 19 en las líneas 3 al 7.

Miembros del hogar	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento MM/DD/AAA	Estudiante (S)	Otro (O)	Solo para uso de la oficina Patient/Chart #
1 (Yo)		/ /			
2		/ /			
	Dependientes menores de 19				
3		/ /			
4		/ /			
5		/ /			
6		/ /			
7		/ /			

Yo certifico que la información presentada es verdadera. Al firmar abajo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable de notificar a Cooperative Health de algún cambio en el tamaño familiar o ingresos completando una nueva solicitud.
2. Entiendo que mi aprobación del GSP es válida por un año desde la fecha que fue aprobada con todos los documentos requeridos.
3. Entiendo que soy responsable de pagar el co-pago al momento de mi cita, junto con cualquier otro cargo que pueda incurrir durante la misma, Por ejemplo: Análisis de laboratorio, procedimientos o vacunas.
4. Entiendo que si no presento todos los documentos requeridos dentro de 14 días de mi solicitud no seré aprobado para el Plan de la Tarifa Variable y seré responsable de todos los cargos incurridos en mi próxima visita.

X _____ _____
Firma del Solicitante **Fecha**

▼▼**ÉSTA PARTE ES SOLO PARA USO DE LA OFICINA ****▼▼**

Application Received by: _____ **Date:** _____

Reviewed by: _____ ☐Mgr. ☐PSR **Date:** _____

Reviewed by: _____ ☐Mgr. ☐PSR **Date:** _____

****

Final GSP Approval Level: _____**Date:** _____ **GSP Staff Signature:** _____