

Solicitud de Ayuda Financiera

Para ser considerado para la ayuda financiera usted **debe proporcionar** lo siguiente:

1. Una solicitud de Ayuda Financiera completa y firmada.
2. Copia de su estado de cuenta mas reciente de todas sus cuentas bancarias (**mostrando el saldo y la actividad por los últimos 60 días**).
3. Copia de la Declaración de Impuestos del año pasado.
4. Copia de sus dos últimos comprobantes de pago para validar los ingresos del hogar. *(Si usted es trabajador independiente, proporcionar copias de sus ganancias y perdidas de **tres meses si esta disponible**).*
5. Documentación de respaldo de todas las formas de ingreso. *Por ejemplo; asistencia publica o carta de negación, ordenes judiciales de pensión alimenticia, carta de que recibe del seguro social, carta del desempleo, etc.*
6. Todos los estudiantes universitarios deben presentar lo siguiente:
 - a. Copia de cualquier subvención y/o prestamos
 - b. Asignaciones de gastos de vivienda concedidas por becas
 - c. Documentación de los padres si ellos ayudan con los gastos de mantención
7. **Si usted declara ningún ingreso** o ha habido algún cambio reciente en su situación financiera. **Necesita** incluir una carta de explicación. Si alguien mas esta pagando por los alimentos y vivienda, ellos deben firmar la declaración de apoyo en la página 3 de la solicitud. También, por favor verifique que usted no tiene ninguna fuente de ingresos y cuanto tiempo ha pasado desde que usted no ha tenido una fuente de ingresos. Ejemplos de verificación puede incluir pero no estar limitados a: declaraciones de impuestos, carta de un negocio profesional, estado de cuenta que no muestre depósitos o retiros, carta de determinación de Medicaid, etc.
8. Dos formas de identificación. *Por ejemplo, licencia de conducir, identificación oficial con fotografía, tarjeta de seguro social, certificado de nacimiento o pasaporte.*

Envíe la solicitud y documentación completa a:

St. Mary's Health Care System, Inc.
Attn: Patient Access
1230 Baxter Street
Athens, GA 30606

O

FAX: 706-389-3151

La solicitud debe ser devuelta dentro de **14 días** o la solicitud puede ser negada. Tenga en cuenta que si se le concede la ayuda financiera que solo afectara sus cuentas médicas de nuestra instalación. No se aplicaran a las facturas de otros proveedores de servicios médicos, hospitales o médicos a menos que específicamente estén de acuerdo en aceptarlo. **POR FAVOR PONGANSE EN CONTACTO CON LOS OTROS PROVEEDORES MEDICOS DIRECTAMENTE PARA OBTENER INFORMACION SOBRE OPCIONES DE ASISTENCIA.**

A la hora de solicitar ayuda financiera nos esta dando su consentimiento para que podamos hacer las investigaciones necesarias para confirmar las obligaciones financieras o referencias. Si tiene preguntas, **por favor llame a uno de nuestros consejeros financieros al 706-389-2020 o al 706-389-3272 (español).**

Solicitud de Ayuda Financiera

Fecha: _____

Información del paciente

Numero de cuenta(s): _____ Total del saldo pendiente: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento : _____ # de SS. _____

Nombre del Esposo o Garante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de SS. _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Años /meses en la residencia: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Otro teléfono: _____

Información del Hogar

**Nombre de las personas que
Viven en casa con usted**

Nombre de las personas que Viven en casa con usted	Edad	Relación	Empleador	Ingresos anuales
		UNO MISMO		\$
				\$
				\$
				\$
				\$

Total de personas que viven en casa: _____ Dependientes (total): _____ Ingreso promedio por familia: \$ _____

Información de investigación:

- ¿Lengua primaria? Inglés Español Otro: _____
- ¿Tiene seguro medico? (SI/NO) _____ Si responde SI, verificar y actualizar la información para la facturación.
Nombre del seguro: _____ # de póliza _____
Nombre del grupo/numero: _____
- Antecedentes militares / beneficios de veterano? (SI/NO) _____
- ¿Ha tenido seguro medico en los últimos (3) meses? (SI/NO) _____ Si responde SI, complete lo siguiente:
 - Que tipo de seguro? (i.e., Medicaid, BCBS, Tricare, County Program) _____
 - Razón por cancelación _____
- Ha solicitado antes una:
 - ¿Cobertura del seguro cobra? (SI/NO) _____ ¿Cuándo? _____ Empleador: _____
 - Medicaid/Discapacidad? (SI/NO) _____ Si responde SI, complete lo siguiente:
(a) ¿Cuándo? _____ (b) Donde? _____
(c) ¿Trabajador social? _____
(d) Sus gastos o ingresos de subsistencia han cambiado desde la última vez que aplico. (SI/NO) _____
- ¿Fue usted víctima de un crimen? (SI/NO) _____ Si responde SI, complete lo siguiente.
 - Ha presentado un reporte policial? (SI/NO) _____ (Debe ser presentado dentro de las 72 horas del incidente)
 - Ha completado una de VOC? (SI/NO) _____
- Si usted tiene alguna otra circunstancia especial y le gustaría que nosotros la consideremos al revisar su solicitud, por favor explique abajo:



Evaluación Financiera

Numero de cuenta(s) _____

Nombre del paciente _____ Fecha: _____

Gastos Mensuales

Renta/Hipoteca \$ _____
 Utilidades \$ _____
 Comida \$ _____
 Celular/Pager \$ _____
 Cable \$ _____
 Prestamos de Auto \$ _____
 Seguro de Auto \$ _____
 Prestamos \$ _____
 Manutención de hijos \$ _____
 Tarjetas de crédito \$ _____
 Otro \$ _____
 \$ _____
 \$ _____

Bienes

Cuenta(s) de Cheques \$ _____
 Cuenta(s) de Ahorros \$ _____
 Otros bienes en efectivo \$ _____
 Tarjetas de crédito \$ _____

Ingreso Mensual

Ingresos de Empleo \$ _____
 Ingresos de Cónyuge \$ _____
 Ingresos de Jubilación \$ _____
 Cupones de Alimentos \$ _____
 Beneficios del Gobierno \$ _____
 Manutención de Hijos \$ _____
 Otro \$ _____

Total de Gastos \$ _____

Total de Ingresos \$ _____

TOTAL DE INGRESOS AL MES \$ _____

TOTAL DE GASTOS AL MES \$ _____

CANTIDAD DISPONIBLE \$ _____

Paciente/ Garante Certificación

Yo, _____, CERTIFICO que la información que he proporcionado es cierta con respecto a mi conocimiento. Entiendo que si no copero con el hospital en suministrar CUALQUIER información adicional solicitada; mi aplicación puede ser negada para la ayuda financiera. Entiendo que la información que he entregado esta sujeta a verificación por el HOSPITAL, incluyendo agencias de reporte de crédito, y sujeto a la revisión por AGENCIAS FEDERALES Y ESTATALES y otros como sea necesario. Entiendo que cualquier información que haya dado resultara ser falsa, el HOSPITAL volverá a evaluar mi situación financiera y tomara cualquier medida apropiada. También soy conciente de que solo estoy aplicando por las cuentas arribas mencionadas y que mi situación financiera tendrá que ser re-evaluada y puede que requiera una nueva solicitud de cualquier/ o todos los tratamientos futuros que reciba de St. Mary's Health Care System, Inc.

Firma del Paciente/ Garante

Fecha

Solo para el uso de la oficina

Reviewed by: _____ Date _____

Recommendation:

Charity: _____%

Indigent

Denied: Reason _____

Approved by:

_____ Date _____

_____ Date _____

_____ Date _____

