

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente _____ N.º de CPI _____ Fecha _____

Nombre del solicitante _____ Relación con el paciente _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Teléfono _____

¿Su visita está relacionada con un accidente o lesión? _____ Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo? _____

Enumere los miembros del hogar, fechas de nacimiento, relación e ingresos de cada fuente; indique si el ingreso es semanal, mensual o anual:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	INGRESOS BRUTOS (semanales/mensuales/anuales)

Ingresos mensuales totales menos gastos totales: \$ _____

 ¿Es propietario de su casa? S N Si su respuesta es afirmativa, ¿cuál es el valor estimado? \$ _____

 ¿Posee bienes inmuebles? S N Si su respuesta es afirmativa, ¿cuál es el valor estimado? \$ _____

 ¿Recibe el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés)/cupones para alimentos?
 S N

 ¿Es dueño de alguno de los activos que se enumeran a continuación? S N Si su respuesta es afirmativa, enumérelos a continuación.

Carros			Cuentas corrientes/de ahorros/de inversión	
Marca	Año	Valor \$	Banco	Valor \$
Marca	Año	Valor \$	Banco	Valor \$
Marca	Año	Valor \$	Otro	Valor \$

Los documentos enumerados a continuación son obligatorios, si corresponde (consulte el reverso para obtener instrucciones). Inclúyalos con su solicitud.

- ✓ Copia de los comprobantes de pago más recientes con un total anual para cada miembro de la familia mencionado anteriormente.
- ✓ Copia de la declaración federal de impuesto sobre la renta más reciente, incluyendo todos los anexos.
- ✓ Prueba de cualquier ingreso listado como otro ingreso.

Certifico que toda la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de la información necesaria para determinar si cumpla con los requisitos para recibir asistencia financiera u otro programa financiado por el gobierno federal o estatal, incluida la verificación de mis ingresos y activos. Por la presente, otorgo permiso y autorizo a un agente del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia a divulgar toda la información relacionada con mi solicitud de Medicaid.

Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación, incluidas las agencias de informes de crédito y otras, según sea requerido o necesario.

 Firma del solicitante

 Fecha

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

El Augusta University Health System [Sistema de Salud de la Universidad de Augusta] ofrece programas de asistencia financiera a pacientes y familias que experimentan dificultades financieras y no tienen la capacidad para pagar su factura del hospital. Los descuentos de asistencia financiera pueden ayudar con los servicios médicamente necesarios para aquellas personas que cumplen los requisitos. Únicamente complete la Solicitud de asistencia financiera, adjunte copias de los documentos para verificar sus ingresos y devuélvala utilizando cualquiera de las siguientes opciones:

Por correo postal:

Augusta University Health
[Salud de la Universidad de Augusta]
A/A Departamento de contabilidad de pacientes
Augusta, Georgia 30912

Por fax:

(706) 721-9097

Para preguntas:

Llame a Atención al cliente
(706) 721-2961
1120 15th Street HS 1331

Incluya los siguientes documentos con su Solicitud de asistencia financiera:

- Proporcione una copia de su declaración federal de impuesto sobre la renta 1040A, 1040EZ o 1040 completada más recientemente y firmada con los anexos impositivos.
- Copia de los comprobantes de pago de los últimos tres (3) meses más recientes con totales acumulados a la fecha para todos los miembros de la familia que trabajan.

Si el paciente (o la persona responsable) no presentó los impuestos el año anterior o si la situación de ingresos cambió, el paciente debe proporcionar fotocopias de **al menos uno** de los siguientes documentos para verificar los ingresos **totales** familiares **brutos** (antes de realizar las deducciones):

- Copia o estado de cuenta que muestre ingresos por pensión alimenticia, manutención de menores, ingresos por renta, intereses, dividendos, pagos de asistencia regular, ingresos por propiedades o fideicomisos.
- Una carta fechada y firmada del empleador en papel con membrete de la empresa que indique el monto de los ingresos brutos por período de días y la cantidad total de horas trabajadas por período de pago.
- Copia de cheques o estado de cuenta que muestren pensiones, seguro social, beneficios de veteranos, asistencia pública. *Los ingresos de Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o seguro del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés) recibidos por cualquier miembro de la familia están excluidos y no se tendrán en cuenta en el cálculo de los ingresos **brutos familiares totales**.
- Copia de un estado de cuenta bancario que muestre un “depósito electrónico” del gobierno federal de seguro social o beneficios de veteranos.
- Estado de cuenta que muestre prestaciones por accidentes de trabajo o desempleo.
- Copia del resumen de cupones para alimentos.
- Carta del Departamento de servicios para familias y niños o de la Oficina de Seguro Social que confirme los ingresos.

Devuelva rápidamente su documentación de verificación de ingresos a fin de completar su solicitud de asistencia financiera. Si no completa el proceso de asistencia financiera, se le facturará por cualquier saldo pendiente del hospital. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Departamento de servicio a clientes al (706) 721-2961.

Envíe la documentación a: Departamento de contabilidad de pacientes 1120 15 St., HS 1331 Augusta GA 30912.