



Solicitud de asistencia financiera
Si necesita ayuda, llame al 819-2434 o al 819-8246

Nombre del paciente _____ N.º de Registro Médico _____ Fecha: _____

*******IMPORTANTE*******

Para que se procese una solicitud de asistencia financiera, se DEBE entregar la siguiente información financiera junto con esta solicitud completa y firmada. Si no puede proporcionar la información, explique: (certifico que la información proporcionada es verdadera y está completa)

- ☐ Los recibos de sueldo más recientes o la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) (proporcionado por el Seguro Social)
- ☐ Las declaraciones más recientes de cheques, ahorros, certificados de depósito, acciones, bonos, mercado monetario, etc.
- ☐ Los formularios de impuestos sobre la renta federales más recientes, incluidos los formularios C, D, E y F
- ☐ La declaración W2 o 1099 más reciente

¿Es el propietario de su casa? ☐ Sí ☐ No Valor estimado _____ Hipoteca mensual/alquiler _____

Nombre del garante: _____ Parentesco con el paciente _____ N.º de Seg. Soc. _____
 (cabeza de la familia)

Nombre del cónyuge si está casado _____ N.º de Seg. Soc. _____ N.º de teléfono _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cuántos dependientes viven en el hogar? _____ Indique el total de miembros de la familia en el hogar _____

Indique los ingresos mensuales:

Empleo: _____ SSI _____ Pensión conyugal/manutención de menores _____ Pensión _____

Fondo fiduciario _____ Asistencia pública _____ Ingresos de inversión _____ Ingresos de alquiler _____

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Por la presente, doy permiso y autorizo a cualquier agente del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia a divulgar al hospital toda la información referente al estado de mi solicitud de Medicaid; y si tal solicitud no se aprueba, el motivo de la desaprobación.

Solo para uso de St. Joseph/Candler

Total del ajuste _____ Código del ajuste _____ Categoría de asistencia financiera _____

Aprobaciones: Director _____ Fecha _____

Vicepresidente de ciclo de ingresos: _____ Fecha _____

Director financiero: _____ Fecha _____

Director ejecutivo: _____ Fecha _____

El porcentaje de las Pautas Federales de Pobreza es _____ Aprobado si es inferior a _____ de las Pautas Federales de Pobreza