

## 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: <input type="checkbox"/> Charity: _____ % <input type="checkbox"/> Indigent <input type="checkbox"/> Denied: Reason _____	Approved by: _____ Date _____ _____ Date _____ _____ Date _____
---	--

**Documentación Financiera Adicional**

(Solo llene esta forma si es aplicable)

Numero de Cuenta(s) \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Declaración de Ayuda**

Mi firma certifica que yo, \_\_\_\_\_, proveo todo lo esencial necesario para vivir a favor del paciente, y lo he hecho por el periodo de \_\_\_\_\_ años / meses.

\_\_\_\_\_  
Firma del Partidario del Paciente\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente\_\_\_\_\_  
Fecha**Declaración Jurada de personas sin hogar**

Yo, (IMPRIMA SU NOMBRE) \_\_\_\_\_ por la presente certifico que estoy sin hogar, no tengo ninguna dirección permanente, sin trabajo, ni ahorros, ningún ingreso solo donaciones de otros.

\_\_\_\_\_  
Firma\_\_\_\_\_  
Fecha**Ningún Cambio en el Estado Financiero desde su Ultima Aplicación de Asistencia**

Yo, (IMPRIMA SU NOMBRE) \_\_\_\_\_ por la presente certifico que no ha habido ningún cambio en mi (ni en el de mi cónyuge) estado financiero desde mi ultima aplicación para ayuda financiera de St. Mary's que fue completada el \_\_\_\_\_. Por favor seleccione uno de los siguientes:

- Todavía estoy siendo apoyado por otro. Ellos proporcionan todo lo esencial necesario para vivir en mi favor, y lo han hecho por el periodo \_\_\_\_\_ años/meses.
- Todavía estoy sin hogar. Estoy sin hogar, no tengo ninguna dirección permanente, no trabajo, no tengo ahorros, ningún ingreso solo donaciones de otros.
- No hay cambios en mi (ni en el de mi cónyuge) en nuestros ingresos o tamaño de miembros de la familia desde mi ultima aplicación.

\_\_\_\_\_  
Firma\_\_\_\_\_  
Fecha