



Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera Hospitalaria

P.O. Box 670747, Marietta, GA 30066

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Residente de EE.UU. Sí No

Número de cuenta: _____ Nombre del Centro: _____

Nombre: _____ SS#: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información de garante y cónyugue Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Soltero/a

Nombre del garante: _____ S.S.: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____ Otro teléfono: (_____) _____

Empleador 1: _____ Dirección: _____

Trabajo #: _____ Puesto: _____ Pago anual o por hora: _____ Trabaja tiempo completo, medio tiempo o desempleado (encierre una opción)

Empleador 2: _____ Dirección: _____

Trabajo #: _____ Puesto: _____ Pago anual o por hora: _____ Trabaja tiempo completo, medio tiempo o desempleado (encierre una opción)

Nombre del cónyugue: _____ S.S.: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Empleador 1: _____ Dirección: _____

Trabajo #: _____ Puesto: _____ Pago anual o por hora: _____ Trabaja tiempo completo, medio tiempo o desempleado (encierre una opción)

Empleador 2: _____ Dirección: _____

Trabajo #: _____ Puesto: _____ Pago anual o por hora: _____ Trabaja tiempo completo, medio tiempo o desempleado (encierre una opción)

Personas a su cargo (Enumere solo aquellas personas que pueda reclamar en su formulario de impuestos federales)

Table with 3 columns: Nombre (Nombres y apellidos), Fecha de nacimiento (mm/dd/aa), Relación. Includes checkboxes for Medicaid and Cobra.

Activos y otras fuentes de ingresos

Saldo de cuenta: \$ _____ Nombre del banco: _____ Saldo de ahorros: \$ _____ Nombre del banco: _____

Saldo del Mercado monetario: \$ _____ Nombre del banco: _____ Seguridad Social: \$ _____ Pensión mensual: \$ _____

Pensión alimenticia: \$ _____ Manutención infantil: \$ _____ CD: _____

Otros activos (acciones, bonos, etc.): _____ Tipo: _____

¿Recibe reembolsos de préstamos estudiantiles? Sí o No (Encierre una opción) Monto de los reembolsos estudiantiles: \$ _____

¿Se ha declarado en bancarrota en los últimos 3 años? Sí o No (Encierre una opción) En caso afirmativo, indique la fecha: ___/___/___

¿Tiene alguna propiedad de alquiler? Sí o No (Encierre una opción) En caso afirmativo, ¿cuál es el ingreso mensual? \$ _____

Valor de la propiedad: \$ _____

Wellstar Health Sistema se compromete a brindar asistencia financiera a los pacientes que han buscado atención médica necesaria en los hospitales Wellstar, pero tienen medios limitados o carecen de ellos para pagar por esa atención. Wellstar brindará atención médica de emergencia a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago o elegibilidad bajo su Programa de Asistencia Financiera.

Para tener derecho a la asistencia financiera para el Hospital Wellstar, es necesaria la cooperación con Wellstar para identificar y determinar fuentes alternativas de pago o cobertura de programas de pago públicos y privados. Para calificar para la asistencia financiera, es necesario lo siguiente:

Información de solicitud:

Presentar una solicitud de asistencia financiera verdadera, precisa, firmada y completada; y

Todos los solicitantes de Asistencia Financiera deben presentar una prueba de Ingresos del Hogar y Activos del Hogar proporcionando lo que corresponda a continuación:

Proporcionar los siguientes documentos basados en la situación financiera ACTUAL:

- Presentar recibos de pago de los tres (3) meses más recientes o una Declaración del empleador verificando los salarios brutos Y los estados de cuenta bancarios de los dos (2) meses más recientes para cada cuenta de cheques, ahorros, mercado monetario u otro banco o cuenta de inversión para el hogar
- Formulario 1040 y W-2/1099 más reciente del IRS (si corresponde) emitido durante el año anterior para que coincida con el Formulario 1040 del IRS

Documentación adicional (si corresponde):

- Declaraciones escritas para los últimos dos (2) meses de todos los demás ingresos (p. ej., compensación por desempleo, discapacidad, jubilación, préstamos estudiantiles, carta de concesión de la Oficina del Seguro Social, informe actual de ganancias y pérdidas para todos los solicitantes autónomos, documentación de pensión alimenticia ordenada por la corte, la documentación de manutención de niños ordenada por la corte, o la Declaración de Actividad de la Tarjeta de Beneficios (TANF, Asistencia temporal para familias necesitadas).
- Si está desempleado hace menos de 3 meses - Notificación de desvinculación del empleador anterior
- Si está desempleado hace más de 3 meses - Consulta de salario (Departamento de Trabajo)
- Carta de denegación de la compensación por desempleo
- Documentación de los valores de activos, incluidos, entre otros, declaraciones de impuestos sobre la propiedad, certificados de depósito y otros estados de inversión
- Declaraciones de contribuciones de individuos que aportan ingresos o asistencia en especie al paciente

No se permiten alteraciones ni redacciones en los documentos.

Esta información debe ser recibida dentro de los 30 días para procesar su solicitud. Las cuentas elegibles para la Revisión de Asistencia Financiera bajo el Programa de Asistencia Financiera del Sistema Wellstar Health deben haber completado las solicitudes enviadas dentro de los 240 días a partir de la primera fecha del estado de cuenta posterior al alta. Wellstar se reserva el derecho de no procesar su cuenta para el Programa de Asistencia Financiera, si no cumple con las normas. Puede contactar a Wellstar por consultas o para obtener ayuda con esta solicitud en:

SBO FAP Departamento, P.O. BOX 670747, Marietta, GA 30066, Fax: 770-792-1737 o Teléfono: 470-245-9998.

Observaciones:

Por la presente solicito que Wellstar determine mi elegibilidad para su Programa de Asistencia Financiera. Entiendo que la información que presento con respecto a mis ingresos anuales y el tamaño de mi familia debe ser verificada. También entiendo que, si se determina que la información que presento es falsa, tal determinación dará lugar a una denegación de elegibilidad para la Asistencia Financiera. Además, acepto cumplir con el proceso de solicitud y examinación para cualquier asistencia (p. ej., Medicaid, Medicare, Ayuda Estatal (para el cáncer), Rehabilitación Vocacional, Seguros, etc.) que pueda estar disponible para el pago de mis cargos de cuenta Wellstar. Cooperaré plenamente en la adopción de las medidas que se consideren necesarias para obtener dicha asistencia y asignaré o pagaré a Wellstar la cantidad recuperada por los cargos de Wellstar. Acepto pagar los saldos restantes después de que se realice el ajuste del Programa de Asistencia Financiera. De no hacerlo, puede resultar en una revocación de los descuentos del Programa de Asistencia Financiera. Se admite una solicitud completa para el Programa de Asistencia Financiera por garante.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del garante: _____ Fecha: _____