



Solicitud del programa de ayuda económica del hospital
 P.O. Box 748733
 Atlanta, Georgia 30374
 Teléfono: 470-245-9998

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Residente de los EE. UU. Sí No

Número del expediente médico (MRN): _____ Nombre del centro: _____

Nombre del paciente: _____ N.º de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información del GARANTE y CÓNYUGE Casado Divorciado Separado Viudo Soltero

Nombre del garante: _____ N.º de Seguro Social: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Domicilio: _____

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

Empleador 1: _____ Dirección: _____

Teléfono de trabajo: _____ Puesto: _____ Pago anual o por hora: _____ Trabajando a tiempo completo, a tiempo parcial o desempleado (encierre una opción en un círculo)

Empleador 2: _____ Dirección: _____

Teléfono de trabajo: _____ Puesto: _____ Pago anual o por hora: _____ Trabajando a tiempo completo, a tiempo parcial o desempleado (encierre una opción en un círculo)

Nombre del cónyuge: _____ Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Empleador 1: _____ Dirección: _____

Teléfono de trabajo: _____ Puesto: _____ Pago anual o por hora: _____ Trabajando a tiempo completo, a tiempo parcial o desempleado (encierre una opción en un círculo)

Empleador 2: _____ Dirección: _____

Teléfono de trabajo: _____ Puesto: _____ Pago anual o por hora: _____ Trabajando a tiempo completo, a tiempo parcial o desempleado (encierre una opción en un círculo)

Dependientes legales (Haga una lista de solo aquellos dependientes que puede incluir en su formulario de impuestos federales)

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Relación	
	/__/		¿Ha solicitado Medicaid? Sí _____ No _____
	/__/		
	/__/		¿Califica usted para Cobra? Sí _____ No _____
	/__/		

Activos y otras fuentes de ingresos

Saldo de la cuenta de cheques: \$ _____ Nombre del banco: _____ Saldo de la cuenta de ahorro: \$ _____ Nombre del banco: _____

Saldo del mercado de dinero: \$ _____ Nombre del banco: _____ Seguro Social: \$ _____ Pensión mensual: \$ _____

Pensión alimenticia: \$ _____ Manutención de menores: \$ _____ CD: _____

Cualquier otro activo, por ejemplo, acciones, bonos, etc.: Tipo: _____ Valor (\$): _____

¿Recibe reembolsos por préstamo estudiantil? Sí o No (encierre una opción en un círculo) Cantidad de los reembolsos por préstamo estudiantil: \$ _____

¿Se declaró en quiebra en los últimos 3 años? Sí o No (encierre una opción en un círculo) Si respondió Sí, escriba la fecha: ____/____/____

¿Es usted propietario de alguna bien inmueble en alquiler? Sí o No (encierre una opción en un círculo) Si respondió Sí, ¿cuáles son los ingresos mensuales? \$ _____ Valor de la propiedad: \$ _____

Wellstar Health System se compromete a dar ayuda económica a los pacientes que buscan atención médicamente necesaria en los hospitales Wellstar pero que tienen medios limitados o nulos para pagar dicha atención. Wellstar dará atención médica de emergencia a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago o elegibilidad según el Programa de Ayuda Económica (Financial Assistance Program).

Para calificar para la ayuda económica del 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 ayuda económica, es necesario lo siguiente:

Información de la solicitud:

Presentar una solicitud de ayuda económica verdadera, precisa, firmada y completa; y todos los solicitantes de ayuda económica deben dar prueba de los ingresos y activos del grupo familiar dando lo que corresponda:

Formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS) más reciente y W-2/1099 del IRS (si corresponde) emitidos durante el año pasado para que coincidan con el Formulario 1040 del IRS

Dar los siguientes documentos basándose en la situación económica ACTUAL:

- Entregue tres (3) meses de los recibos de cheque de pago más recientes o una declaración del empleador que verifique el salario bruto Y los dos (2) meses más recientes de estados bancarios de cada cuenta corriente, de ahorro, del mercado de dinero u otra cuenta bancaria o de inversión del grupo familiar. Todas las páginas, incluyendo las páginas en blanco. O
- Formulario 1040 del IRS más reciente y W-2/1099 del IRS (incluyendo todos los anexos) emitidos durante el año pasado para que coincidan con el Formulario 1040 del IRS.

Otra documentación (si corresponde)

- Declaraciones por escrito de los últimos dos (2) meses para todos los demás ingresos (por ejemplo, subsidio de desempleo, discapacidad, jubilación, préstamos estudiantiles, carta de aprobación de la Oficina del Seguro Social, informe de pérdidas y ganancias actual para todos los solicitantes autónomos, documentación de pensión alimenticia ordenada por un tribunal, documentación de manutención de menores ordenada por un tribunal o Declaración de actividad de la tarjeta de beneficios (TANF), etc. para el grupo familiar)
- Si está desempleado por menos de 3 meses--Aviso de despido del empleador anterior
- Si está desempleado desde hace más de 3 meses--Consulta de salarios (Departamento de Trabajo)
- Carta de denegación de subsidio de desempleo
- Documentación de valores de activos, incluyendo, entre otros, declaraciones de impuesto a la propiedad, certificados de depósito y otras declaraciones de inversión.
- Declaraciones de aportación de personas que aportan ingresos o asistencia en especie al paciente.
- No se permiten modificaciones ni redacciones en los documentos.

Esta información debe recibirse en el plazo de 30 días para poder procesar su solicitud. Las cuentas elegibles para la revisión de ayuda económica según el Programa de Ayuda Económica de Wellstar Health System deben presentar las solicitudes completadas en el plazo de 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta después del alta. Wellstar se reserva el derecho de no procesar su cuenta para el Ayuda Económica, si no cumple los requisitos. Puede comunicarse con Wellstar si tiene preguntas o necesita ayuda con esta solicitud a:

Single Billing Office (SBO) Financial Assistance Program, (FAP) , P.O. BOX 748733 Atlanta, GA 30374, Número de fax: 770-792-1737 o teléfono: 470-245-9998

Comentarios:

Por la presente solicito que Wellstar determine mi elegibilidad para su Programa de Ayuda Económica. Entiendo que deben verificar la información que presento sobre mis ingresos anuales y el tamaño de mi familia. También entiendo que, si determinan que la información que presento es falsa, dicha determinación puede tener como consecuencia la denegación de la elegibilidad para recibir ayuda económica. Además, acepto cumplir con el proceso de solicitud y evaluación para cualquier ayuda (por ejemplo, Medicaid, Medicare, ayuda estatal (para cáncer), rehabilitación vocacional, seguro, etc.) que pueda estar disponible para el pago de los cargos de mi cuenta de Wellstar. Cooperaré completamente en la adopción de todas las medidas que se consideren necesarias para obtener dicha ayuda y cederé o pagaré a Wellstar la cantidad recuperada por los cargos de Wellstar. Acepto pagar cualquier saldo restante después de que se haga el ajuste del Programa de Ayuda Económica. De no hacerlo, es posible que se revoquen los descuentos del Programa de Ayuda Económica. Cada garante puede enviar una solicitud del Programa de Ayuda Económica debidamente completada.

Afirmo que la información arriba mencionada es verdadera y correcta hasta donde yo sé.

Firma del garante: _____ Fecha: _____

Otros escenarios y documentos aceptables en lugar de los documentos solicitados:

- Si los ingresos del año actual son menores que los ingresos en la declaración de impuestos, entregue dos meses de extractos bancarios (sin omitir páginas) y recibos de pago de 3 meses en lugar de la declaración de impuestos.

Entregue dos de los siguientes si no puede dar una copia de la declaración de impuestos federales sobre ingresos más reciente, incluyendo todos los formularios W-2, 1099 y cualquier anexo:

- Entregue tres (3) meses más recientes de talonarios de pago (o certificación de desempleo) Y dos (2) extractos bancarios actuales de todas las cuentas de cheque, de ahorro y del mercado de dinero (sin omitir páginas).
 - Si hay más depósitos en la cuenta bancaria, necesitaremos documentación de respaldo para esos depósitos.
 - Para dinero regalado o prestado, una carta de la persona que regaló la cantidad o del prestamista.
 - Para herencias, la carta testamentaria que respalde la cantidad.
 - Para IRA, 401k u otras distribuciones de jubilación, o ventas de acciones/bonos, un extracto de esa cuenta para verificar la cantidad distribuida.
 - Para préstamos de seguro de vida, un extracto de esa cuenta que muestre la distribución.
 - Para la venta de un auto, copia de la factura de compraventa.
 - Para manutención de menores, una copia de la sentencia de divorcio que muestre la orden de manutención de menores.
 - Para un trabajo que no da talonarios de pago, una carta del empleador (incluso si es un amigo o familiar) indicando la cantidad del pago y la frecuencia del pago.
 - Si no tiene ningún ingreso en los últimos 3 meses, una carta de apoyo de la persona que lo está ayudando, y una consulta de salarios del Departamento de Trabajo (Department of Labor) si tiene un número de Seguro Social.
-
- Otras situaciones:
 - Un paciente es un padre/madre que vive con hijos y sus hijos incluyen al padre/madre en su declaración de impuestos.
 - Entregue los extractos bancarios, talonarios de pago del empleo y carta de apoyo.
 - Un paciente es una persona sin hogar.
 - Incluya la consulta de salarios o
 - Si le pagan con dinero en efectivo, entonces necesitaremos su declaración de ingresos y una carta de apoyo de la persona con la que vive.
 - El paciente/solicitante es menor de veintiún años y está en la lista de dependientes en la declaración de impuestos de otra persona.
 - Entregue la declaración de impuestos, los formularios W-2 y 1099, incluyendo todos los anexos de los padres.
 - Si los padres no presentaron declaraciones de impuestos, deberán entregar los extractos bancarios y talonarios de pago.