



INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE Residente de EE. UU. Sí No

No. de cuenta:: _____ Empresa: _____

Nombre: _____ No. SS: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL GARANTE y SU CÓNYUGE Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Nombre:: _____ No. SS _____ Relación con el paciente:: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Dirección del domicilio: _____

No. de teléfono: (____) _____ Otro teléfono:: (____) _____

Empleador: _____ Dirección:: _____

No. del trabajo: _____ Posición: _____ Sueldo anual o por hora: _____ Tiempo completo o Tiempo parcial (haga un círculo a uno)

Nombre del (de la) conyugue: _____ No. SS _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Empleador: _____ Dirección: _____

No. del trabajo:: _____ Posición _____ Sueldo anual o por hora: _____ Tiempo completo o Tiempo parcial (Circule uno)

Personas que dependen de usted legalmente (Ingrese solamente aquellas personas que pueden ser reclamadas en su declaración de impuestos federales.)

| Nombre (Primero, Segundo, Apellido) | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Relación | ¿Ha solicitado el Medicaid? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Activos y otras fuentes de ingresos

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

Pensión mensual \$ _____ Seguro Social: \$ _____ IRA \$ _____ CD \$ _____ Cupones de alimentos \$ _____

¿Usted recibe reembolsos de préstamos estudiantiles? Sí o No (Circule uno) Reembolsos Estudiantiles \$ _____

Pensión alimenticia \$ _____ Dueño de terrenos: Sí o No (Circule uno) \$ _____ Cualquier otro activo, como, acciones, bonos, 401K \$ _____

¿Es dueño de viviendas para alquilar? Sí o No (Circule uno) En caso afirmativo, ¿cuál es el ingreso mensual: \$ _____ ¿Cuál es el valor de la propiedad? \$ _____

¿Se ha declarado bancarrota durante los últimos 3 años?? Sí o No (Circule uno) En caso afirmativo, indique la fecha: ____ / ____ / ____

¿Es dueño de acciones o bonos? Sí o No (Circule uno) En caso afirmativo, ¿cuál es el valor? \$ _____

WellStar Health System está comprometido a proveer asistencia financiera a los pacientes que han solicitado atención médica necesaria en WellStar Health System pero tienen recursos limitados o no tienen recursos para pagar por esa atención. Bajo la Política de asistencia financiera a la comunidad, WellStar Health le proveerá atención médica de emergencia a todas las personas, sin considerar su capacidad para pagar o su elegibilidad.

Para ser elegible para la asistencia financiera, es necesaria su cooperación con WellStar Health para identificar y determinar los recursos alternativos para pagar o la cobertura por programas públicos y privados de pago. Para poder ser elegible para recibir la asistencia financiera, se necesita lo siguiente:

Información de la solicitud:

- Envíe una solicitud para asistencia financiera que haya sido firmada y completada con datos verdaderos y precisos; y además**
- Todos los solicitantes de asistencia financiera deben proveer pruebas de ingreso y activos del hogar proporcionando algunos de los siguientes documentos o todos los que sean aplicables:**

Si no puede proporcionar una copia de la última Declaración de Impuestos Federales, provea alguno o todos los documentos enlistados a continuación :

- Comprobantes de pago de los tres (3) meses recientes (o una certificación de desempleo); o
- W-2 emitido por el IRS durante el pasado año; o
- La más reciente forma 1040 presentada al IRS; o
- Los dos (2) más recientes estados de cuenta bancarios de cada una de sus cuentas de cheques, ahorro, mercado monetario (money market) o cuentas de inversión; o
- Declaraciones por escrito de todos los demás ingresos recibidos en los dos (2) últimos meses (por ejemplo, compensación por desempleo, discapacidad, retiro, préstamos de estudiante, carta de aprobación de la oficina del Seguro Social, reporte actualizado de ganancias y pérdidas para todos los solicitantes que trabajen por cuenta propia, documentación de la pensión alimenticia, documentación de la manutención de los hijos, etc.); o
- Carta de negación de compensación por desempleo; o
- Documentación del valor de los activos, incluyendo, sin limitación, las declaraciones de impuestos de propiedad, certificados de depósito, 401k, 403b, IRA y otras declaraciones de inversión; o
- Declaraciones de aportación de las personas que hayan contribuido o asistido al paciente con los ingresos económicos, o de algún otro modo similar.

Esta información debe ser recibida para poder procesar su solicitud. De no cumplirse con la devolución de la información requerida anteriormente en un plazo de 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta generado luego de haber sido dado de alta **WellStar se reserva el derecho de no procesar su cuenta para la aprobación del Programa de Asistencia Financiera.** Si tiene preguntas o para obtener asistencia con esta aplicación puede comunicarse con Wellstar Health System al:

Departamento de Asistencia Financiera Comunitaria /SBO CFA (Single Billing Office -Community Financial Assistance) 805 Sandy Plains Road, Marietta, GA 30067 o a nuestro número de teléfono: 678-838-5750.

Comentarios:

Por la presente solicito que WellStar determine mi elegibilidad para la asistencia financiera comunitaria. Entiendo que la información que presento pertinente a mi ingreso anual y el tamaño de mi familia debe ser verificada. También entiendo que si la información que presento se considera ser falsa, tal determinación será la denegación de elegibilidad para asistencia financiera comunitaria. Además, estoy de acuerdo en solicitar cualquier asistencia (p. ej., Medicaid, Medicare, asistencia estatal (para el cáncer), rehabilitación vocacional, seguro, etc.) que pudiera estar disponible para el pago de las tarifas de mi factura de WellStar. Voy a cooperar totalmente tomando cualquier acción que se considere necesaria para obtener dicha asistencia y le voy a asignar o a pagar a WellStar la cantidad cubierta, por las tarifas de WellStar. Estoy de acuerdo en pagar cualquier saldo pendiente después que se haga el ajuste de la asistencia financiera comunitaria. El no hacerlo resultará en la revocación de cualquier valor cancelado por la asistencia financiera comunitaria.

Declaro que la información proporcionada arriba es cierta y correcta según mi mejor conocimiento.

Firma del garante: _____ Fecha: _____
