



Aplicación Para Asistencia Financiera

Usted puede ser elegible para recibir asistencia financiera bajo las pautas federales de pobreza según los ingresos, completar esta solicitud y devolverlo con la documentación solicitada se enumeran a continuación.

Proporcionar **TODA** verificación de ingresos se enumeran a continuación que corresponda a su unidad familiar.(solicitante / paciente, cónyuge / pareja, y dependientes legales).

___ **Salarios:** talones de cheques o declaración de su empleador indicando los últimos tres (3) cheques que muestra el ingreso neto.

___ **Autónomos:** Si usted y / o su cónyuge trabaja por cuenta propia, por favor proporcione una copia de su Declaración de actividades financieras del último trimestre junto con la declaración de impuestos de el año anterior.

___ **Desempleado:** Investigación de salario de su oficina local de el Departamento de Labor. Se requiera una identificación con fotografía.

___ **Seguro Social:** Carta de elegibilidad de el seguro social o una copia de su cheque del seguro social.(Si usted tiene depósito directo, necesitaremos una copia de su estado de cuenta bancario mostrando la verificación de estos ingresos.)

___ **Declaraciones de impuestos:** Declaración de impuestos de el año anterior, _____

___ **Otros Ingresos:** Prueba de cualquier otra fuente de ingresos, como la manutención de menores, pensión alimenticia, los fondos fiduciarios, o alquiler.

___ **No Ingresos:** Si usted no ha tenido ningún ingreso durante los últimos tres (3) meses, por favor enviar:

___ Una declaración de la persona (s) que proporciona alimento y refugio.

___ **Otros:** _____

Falta de presentar la información solicitada puede resultar en la denegación de su solicitud debido a que elegibilidad financiera no se pudo determinar. Esta aplicación es válida por 180 días a partir de su solicitud de asistencia financiera.

La aprobación en el marco del Programa de Asistencia Financiera es efectivo para los gastos incurridos desde Coffee Regional Medical Center. El programa no cubre gastos médicos, tales como Anatomía Patológica, Cardiología, Radiología, médicos privados, o medicamentos:

Solicitud de restitucion

Y la prueba de ingreso a:

Coffee Regional Medical Center
Patient Financial Services (PFS)
196 Westside Drive
Douglas, GA 31533

Envie la solicitud

y prueba de ingreso a:

Coffee Regional Medical Center
Patient Financial Services (PFS)
Attn: Asesoramiento Financiero
P O Box 1227
Douglas, GA 31534

Por Fax a:

912-383-6917
Asesoramiento Financiero

NOTA: La ayuda financiera no será considerada sin prueba de ingresos o la solicitud firmada.



APLICACION PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Aplicante/Paciente: _____

de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Direccion de Correo: _____

Ciudad /Estado: _____ Codigo Postal : _____

Direccion de Casa: _____

Ciudad/Estado: _____ Codigo Postal: _____

Tel De Casa: () _____ - _____

Celular: () _____ - _____

Nombre miembros de la familia (definido como aplicante, esposo(a), y todos los dependientes permitido por el gobierno federal)

Nombre de el Miembro de Familia	Fecha De Nacimiento	Genero	Relacion al Paciente	Numero de Seguro Social	Trabaja Si/No	Ingreso Neto Mensual

Otro Ingreso que Usted Reciva Mensualmente:

SSI (Ingreso Suplementario de Seguro) \$ _____

SSDI (Seguro Social de Discapacidad) \$ _____

Ingreso de Desempleo \$ _____

Estampillas de Alimentos \$ _____

Welfare (AFDC) \$ _____

(VA) Beneficios de Veterano \$ _____

Pensiones/Beneficios de Retiro \$ _____

Manutencion de Niños \$ _____

Intereses/Dividendos de Inversiones \$ _____

Otro Ingreso: \$ _____

Propiedades:

Cuenta(s) de Ahorro \$ _____

Cuenta(s) de Cheque \$ _____

Volsa de Valores (al valor de el mercado) \$ _____

Certificado de Deposito(s) \$ _____

Vehiculos Recreacionales \$ _____

Autos/Camionetas \$ _____

Otra Propiedad: \$ _____

Gastos Mensuales de el Hogar:

HIPOTECA/RENTA:

Pago de Hipoteca/Renta Mensual \$ _____

Impuestos de Propiedad/Seguro

Valor Monetario de la Casa \$ _____

UTILIDADES: (agua, basura, electricidad, gas, cable, y telefono/celular) \$ _____

ALIMENTACION: \$ _____

PAGO TOTAL DE AUTOMOBILES:

1ER Pago de Automovil \$ _____

2ndo Pago de Automovil \$ _____

TARJETAS DE CREDITO: \$ _____

PRESTAMOS: \$ _____

PAGO MENSUAL DE SEGURO:

Vida \$ _____

Medico \$ _____

GASTOS DE SALUD MEDICA:

Cuentas Medicas \$ _____

Cuentas Dentales \$ _____

Prescripciones \$ _____

GASTOS DE CUIDADO DE NIÑO(S): \$ _____

OTROS GASTOS: \$ _____

Si usted no tiene ingresos, porfavor explique la forma en la cual paga por alimentos y vivienda:

Porfavor lea el reverso de esta pagina ▶



196 Westside Drive
 P.O. Box 1227
 Douglas, GA 31534-1227
 (912) 384-1900
 FAX: (912) 383-6917

NEGANTE

Al firmar este documento, acepto que he leído y entiendo lo siguiente así como se relaciona a mi aplicación para el Programa de Asistencia Financiera (PAF) para Coffee Regional Medical Center (CRMC).

- * Aplicaciones incompletas sin información acerca de ingreso resultaran en solicitudes negadas.
- * Asistencia financiera solo cubrira cuentas para cargos hacia CRMC.
- * Es mi responsabilidad de notificar inmediatamente a Asistencia Financiera a los Pacientes, de CRMC de cualquier servicio recibido dentro de (30) días a partir de el día de la aplicación.
- * El proceso de cobro continuara sobre mi balance total que se deba, hasta notificación de aprobación.

La información proveida es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que cualquier información falsa dada por mí para recibir asistencia financiera, a la cual no me corresponde, me puede descalificar de este programa, y cualquier fondo utilizado por medio de este programa va a ser anulado.

La información proveida va a ser utilizada con el propósito de evaluar mi condición financiera y/o habilidad para pagar cuentas o cargos de servicios de hospital que he recibido de Coffee Regional Medical Center o de cualquier cuenta de la cual e firmado como garante. Autorizo a mi empleador a mostrar información en relación a mi ingreso mensual, la cual sea necesaria para determinar mi necesidad financiera. Estoy de acuerdo en notificar a Coffee Regional Medical Center acerca de cualquier cambio de estatus financiero el cual afecta mi plan de pago. Al solicitar asistencia financiera, autorizo a Coffee Regional Medical Center a tener acceso a mi historia de crédito.

Firma de el Apicante: _____

Fecha: _____

No Escriba. Para uso de empleados de el hospital.

Summary and Analysis Description

1. Annual Family Income \$ _____ Approved Date _____

2. Number in Household _____ Denied Date _____

3. % of Charity Allowed _____ **(Does not meet financial guidelines)**

4. Adjustment Code _____ Medicare () Yes

() Initial App FAP Staff Signature: _____ Date Notice Mailed: _____

() Re-Validation (after 90 days of initial application) () Re-Consideration

() In person () On phone () Changes ****Notate on 1st page of application****

PFS Staff Signature: _____ Re-Validation Date : _____ *Send to FAP.

FAP Staff Signature: _____ Approved Date _____

% of Charity Allowed _____ Denied Date _____

Adjustment Code _____ **(Does not meet financial guidelines)**

Pending: _____

Request Date: _____ () In person () On phone () By letter Staff Initials _____