



## Aplicación para Caridad / Cuidado de Indigentes

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor lea la siguiente información cuidadosamente. Tenga en cuenta que toda la información requerida debe ser incluida con la aplicación previamente a comenzar el proceso. La aplicación puede ser denegada si está incompleta. La puntualidad es extremadamente importante

Por favor use la siguiente lista de verificación para asegurarse de que tiene toda la información requerida antes de enviar su aplicación.

### Prueba de ingresos:

- Formularios federales de impuestos más recientes – se requieren para **cada** aplicación.
- Si alguien en su hogar (incluyendo niños menores a 18) tiene un empleo fuera de la casa, se requiere recibo de sueldo de un mes.  
\*\*Si su hijo tiene empleo y es menor de 18 años, el comprobante de ingresos puede ser en forma de recibo de pago o carta certificada.  
\*\* Si no está casado, pero vive con alguien y tiene hijos en común, entonces debe incluir sus ingresos.  
\*\* Si está legalmente separado, debe proporcionar documentación legal de separación o incluir la verificación de ingresos de su cónyuge.
- Prueba de Compensación al Trabajador; Baja por enfermedad; Compensación por discapacidad; Bienestar; Retiro del Seguro Social (Social Security Retirement – SSI); Manutención de los hijos; o pensión alimenticia.
- Si no está empleado actualmente y no tiene ingresos, se requiere una declaración de la persona que proporciona alojamiento y comida para usted y su familia.
- Si perdió su trabajo en los últimos tres meses, se requiere un aviso de separación de su empleador anterior. **Además**, deberá proporcionar una carta del Centro de Carreras Laborales del Departamento de Georgia especificando si está recibiendo o no beneficios de desempleo.

### Prueba de Domicilio:

- Lo siguiente se puede usar como comprobante de domicilio (al menos 2): 1) Licencia de conducir válida de Georgia, 2) Tarjeta de identificación de Georgia, 3) Factura de servicios públicos actual (es decir, electricidad, agua, teléfono, etc.), 4) Alquiler actual o recibo de alquiler, el cual debe incluir el condado de residencia, 5) Evaluación de impuestos a la propiedad del condado, 6) Carta de cupones de alimentos del condado, o 7) Tarjeta de registro de votante.

### Prueba de activos:

- Todos los activos que se muestran en la aplicación requieren documentación de respaldo. Por ejemplo, si tiene una cuenta de cheques o de ahorros, entonces debe proporcionar una copia actual de su estado de cuenta.

### Otros:

- Si anota a cualquier niño, además de biológico o hijastros, en la solicitud, debe proporcionar documentación legal que demuestre su relación con el niño.
- Si **no** se enumeran los ingresos de un hogar, debe solicitar la asistencia a otras entidades, como Medicare, **Medicaid** o Disability, y proporcionar un comprobante de denegación antes de que se apruebe la atención de Caridad/ Indigencia.

Las solicitudes deben enviarse antes de pasados 240 días desde la recepción de la primera declaración de Appling Healthcare para la atención brindada. Esta aplicación no es una garantía de que su cuenta no seguirá nuestro proceso de cobranza. Su cuenta no quedará en espera mientras se considere esta aplicación, sin embargo, Appling Healthcare no participará en acciones extraordinarias de cobranza antes de realizar esfuerzos razonables para determinar su elegibilidad para la asistencia financiera. Si no completa el proceso de solicitud, su cuenta será depositada en la agencia de cobranza para fines de cobro legal y no será elegible para el programa de Caridad/Cuidado de indigentes. Recibirá una carta de aprobación o denegación al completar la revisión de la solicitud.

Sinceramente,

Malorie Harvill, Financial Counselor  
Phone # 912.367.9841 ext. 1278

## Aplicación para Caridad / Cuidado de Indigentes

Fecha de hoy	# de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Nombre del Paciente		Sexo
Cuenta #		Estado Civil (marque uno)			Teléfono de casa #
		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			
Dirección		Ciudad, Estado, C.P.			Celular/Teléfono alternativo #
Nombre Padres/Tutor (si es menor a 21)		Teléfono #	Dirección		Ciudad, Estado, C.P.
Trabajo de Padres o tutor		Tel. de trabajo	Dirección de Trabajo		Ciudad, Estado, C.P.
Trabajo del Cónyuge		Tel. de trabajo	Dirección de Trabajo		Ciudad, Estado, C.P.
¿Tiene seguro de salud?	Medicare	Medicaid	SSI Disability		¿Está usted y su cónyuge autosustentado?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Sus hijos tienen seguro de salud?		¿Sus hijos tienen Medicaid?			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   Marque uno: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Wellcare <input type="checkbox"/> Amerigroup <input type="checkbox"/> Peach State			
Enumere todos los miembros de su hogar (incluido usted)					
Nombre		Fecha de nacimiento	# de Seguro Social		Parentesco
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
Si hay más de 6 en el hogar, enumere los miembros restantes en una hoja de papel por separado					
<b>ACTIVOS</b> – Por favor complete <i>cada</i> línea, escriba N/A si no le corresponde. *Debe proporcionar prueba de los activos enumerados a continuación*.					
Comprobante Saldo de Cuenta: \$					
Saldo de cuenta de ahorros: \$					
Otros: (CD's, Fondos de Inversión, 401K) \$					
<b>INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS:</b> Proporcione los últimos 4 recibos de pago de todos los miembros del hogar <b>que trabajen</b> (incluidos los niños). Una copia de la más reciente declaración de impuestos federales presentada. Un <b>Comprobante</b> de compensación laboral, licencia por enfermedad, compensación por discapacidad, pensión alimenticia, pensión alimenticia, asistencia social o jubilación de la seguridad social (SSI), si corresponde					
Nombre		Fuente de ingresos	Cantidad	Frecuencia de pago	
Paciente:				<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal	
Cónyuge:				<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal	
Hijo:				<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal	
Hijo:				<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal	
Hijo:				<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal	
Otro (Por favor, especifique):					

## Aplicación para Caridad / Cuidado de Indigentes

### Consentimiento, Autorización y Certificación:

Lea e inicie cada línea de pedido a continuación:

\_\_\_\_\_ Certifico que este formulario ha sido examinado por mí y que la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_ Mi cónyuge y yo, si corresponde, acordamos proporcionar a Appling Healthcare System cualquier documentación escrita necesaria para verificar la información provista en la solicitud y otorgar permiso al personal de Appling Hospital System para obtener dicha información en mi/nuestro nombre.

\_\_\_\_\_ Entiendo que se puede solicitar información adicional para procesar esta solicitud.

\_\_\_\_\_ Entiendo que debo solicitar cualquier otro beneficio que podría pagar los servicios recibidos en Appling Healthcare System antes de que se pueda aprobar Cuidado de Caridad (es decir, Medicare, Medicaid, Disability, etc.).

\_\_\_\_\_ Entiendo que cualquier asistencia proporcionada es solo para mi beneficio y se basará únicamente en la información dada. No se otorga ninguna liberación o cancelación en relación con ninguna responsabilidad de terceros, ya sea que la responsabilidad surja por contacto o por negligencia. Es posible que se presente el derecho de retención del hospital, nombrándome a mí como la parte sancionada. Cualquier dinero recuperado como resultado de un embargo preventivo del hospital dará lugar a una reversión del descuento de la caridad, hasta el monto de la recuperación.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si proporciono información falsa, cualquier asistencia previamente otorgada se revertirá y se podrá seguir ACCIÓN LEGAL.

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi solicitud será denegada si está incompleta o si no proporciono la documentación requerida.

Firma del Paciente o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Prentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Cónyuge (Si aplica): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor no escriba debajo de esta línea – sólo para uso de la oficina

Date Application Received: \_\_\_\_\_ Received by (Employee Initials): \_\_\_\_\_

Date of Service: \_\_\_\_\_ Account #: \_\_\_\_\_ Amount: \_\_\_\_\_

Date of Service: \_\_\_\_\_ Account #: \_\_\_\_\_ Amount: \_\_\_\_\_

Date of Service: \_\_\_\_\_ Account #: \_\_\_\_\_ Amount: \_\_\_\_\_

Date of Service: \_\_\_\_\_ Account #: \_\_\_\_\_ Amount: \_\_\_\_\_

Date of Service: \_\_\_\_\_ Account #: \_\_\_\_\_ Amount: \_\_\_\_\_

Income/Assets/Liabilities Verified:  Yes  No Total Amount of Charges: \_\_\_\_\_

Total Household size: \_\_\_\_\_ Total Household Income: \_\_\_\_\_  Monthly  Yearly

Application Approved:  \_\_\_\_\_ % Eligible Discount Patient Class:  Self-Pay  Insurance  Medicare

Application Denied:  Household income over limits  Incomplete Application  Other: \_\_\_\_\_

Notification Letter Mailed: \_\_\_\_\_ Employee Signature: \_\_\_\_\_

Reconsideration Result: \_\_\_\_\_ Notification mailed: \_\_\_\_\_