



Northeast Georgia Health System

Solicitud de ayuda financiera

Fecha: _____

Nº. de cuenta: _____

Información del paciente

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	Número de seguro social		
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)				¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección		Ciudad	Estado	Condado	Código postal
Número de teléfono (casa)	Número de teléfono (celular)		Otro número de teléfono		
¿Estaba en un hogar de acogida (<i>foster care</i>) a los 18 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Está embarazada o dio a luz en los últimos 60 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Información del solicitante (si no es el paciente)

Nombre del solicitante (si no es la misma persona anterior)			Relación o parentesco con el paciente	
Número de teléfono (casa)	Número de teléfono (celular)		Otro número de teléfono	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal

Objetivo de la ayuda financiera

Si presenta su solicitud para ayudar a pagar un servicio programado, ¿quién lo remitió al servicio (un médico o alguien más)?	Tipo de servicio necesitado
¿Cuál es la fecha del servicio?	Si el servicio no se ha programado todavía, ¿cuál es el plazo solicitado por el médico?
¿Está(n) relacionado(s) el (los) servicio(s) por el (los) que presenta su solicitud con algo de lo siguiente? <input type="checkbox"/> Tratamiento del cáncer <input type="checkbox"/> Consulta como paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Atención por ser una víctima del crimen <input type="checkbox"/> Ninguno	
¿Está solicitando ayuda porque tiene facturas médicas vigentes que no puede pagar? <input type="checkbox"/> Sí, número(s) de cuenta <input type="checkbox"/> Sí, no me sé el (los) número(s) de cuenta <input type="checkbox"/> No	

Antecedentes laborales

¿Tiene actualmente un empleo?	<input type="checkbox"/> Sí (responda a continuación las preguntas sobre el empleador) <input type="checkbox"/> No (vea la pregunta que sigue)		
Nombre del empleador	Si usted trabaja por su cuenta, especifique el tipo de negocio:		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Si no tiene un empleo actualmente, ¿tuvo un empleo en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si responde que sí, ¿estaba cubierto anteriormente por el plan de seguro médico de su empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del empleador anterior	Dirección	Nombre del contacto de Recursos Humanos	Teléfono

Salto de página

Información sobre el hogar

Miembros del hogar del paciente

Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Relación con el paciente	Número de seguro social	¿Tiene una cuenta vigente de NGHS?

Información sobre ingresos y ayuda

Nombre del banco	Tipo de cuenta De ahorros, corriente (de cheques), IRA, 401K, 403b, CD (certificado de depósito)	Saldo

¿Cuáles son los ingresos mensuales brutos totales de su hogar (incluidos los del empleo, manutención de menores, pensión alimenticia, fondos fiduciarios o cualquier otro ingreso recibido)?

Tipo de ingreso	Nombre del miembro del hogar	Empleador / programa	Frecuencia	Cantidad mensual bruta

¿Ha presentado recientemente una solicitud para Medicaid? Sí, se aprobó Sí, todavía está en espera
 Sí, se negó la cobertura No

¿Ha presentado recientemente una solicitud por discapacidad? Sí, se aprobó Sí, todavía está en espera
 Sí, se negó la cobertura No

Por favor, marque el recuadro si recibe servicios de: Hall County Health Dept. Good News Clinic Health Access Initiative
(Depto. De Salud del Condado de Hall) (Clínica Good News) (Iniciativa de Acceso a la Salud)

¿Tiene algún seguro, incluido Medicare o Medicaid, que pagará por servicios? Sí No

Nombre del seguro	Número de póliza

¿Recibe cupones para alimentos u otra ayuda del gobierno, tal como SSI o RSDI? Sí No

Si responde que sí, programa:	Frecuencia:	Cantidad bruta:

¿Hay alguien más que sea responsable por un porcentaje de su factura (p. ej., responsabilidad de terceros, seguro automovilístico, indemnización laboral, etc.)? Sí No

Si responde que sí, por favor proporcione detalles a continuación.

Nombre de la compañía	Núm. de reclamación	Nombre del perito (tasador / ajustador)	Teléfono

¿Es propietario de una casa? Sí No Si responde que sí, valor: _____
 ¿Está pagando una hipoteca? Sí No Si responde que sí, cantidad que debe: _____

Al completar esta solicitud, acepto lo siguiente:

- Presentar una solicitud (en nombre de mi familia) para Medicaid y/o cualquier otro tipo de cobertura disponible, en base a la información proporcionada en esta solicitud.
- Comunicarme con el Departamento de Servicios para Niños y Familias (*Department of Family & Children Services*) / la Administración del Seguro Social (*Social Security Administration*) y con otros organismos estatales y federales con respecto a mi elegibilidad presente o pasada para todos los programas que ellos administran. Esto incluye el uso de una cuenta en línea o de portales en la web, tales como COMPASS.ga.gov.
- Que toda la información proporcionada es fiel y está completa. Proporcionar información falsa (según lo que verifique NGHS) será causa de la denegación de ayuda financiera o de que se le quite, en caso de que se determine que la información es falsa.
- Proporcionar toda la información en un plazo de 30 días a partir de la entrega de la solicitud. Entiendo que es probable que NGHS obtenga mi historial crediticio y el de cualquier otro adulto en mi hogar. Por medio de la presente, certifico que la información que proporcioné es fiel y está completa.

Firma del solicitante

Fecha

El Northeast Georgia Health System no es un proveedor de servicios de atención al paciente; en vez de ello, es una organización matriz de una familia de proveedores de atención filiales que ofrece servicios de ayuda financiera para el Northeast Georgia Medical Center (NGMC), The Heart Center at Northeast Georgia Medical Center (THC) y el Northeast Georgia Physicians Group.