

APLICACIÓN DE EVALUACIÓN FINANCIERA

Financial Assessment Application

Si usted cree que puede calificar para recibir ayuda financiera bajo las Federal Poverty Income Guidelines (normas federales de ingresos de bajos recursos), por favor complete esta aplicación y envíela nuevamente con los documentos pedidos a continuación.

Para poder considerar su petición, usted debe de proporcionar todos los documentos enumerados a continuación que correspondan a su Núcleo Familiar (aplicante/paciente, cónyuge/persona especial y dependientes legales).

- ❖ Marque los extractos bancarios de su trabajo que indiquen los ingresos **totales** de los últimos tres (3) meses.
- ❖ Si usted trabaja independientemente, por favor proporcione una copia de su último extracto trimestral de las finanzas de su negocio (Business Financial Statement) junto con los recibos de los impuestos del año anterior (Business Tax Return).
- ❖ Una constancia de desempleo que indique la negación o la validéz para recibir beneficios de desempleo incluyendo la cantidad semanal que usted está recibiendo durante los últimos (3) meses.
- ❖ Una carta reciente que certifique que usted es elegible para recibir beneficios del Social Security (seguridad social) o una copia de los queches enviados por el Social Security del mes pasado. (si le depositan directamente, envíe una copia de su último extracto bancario que muestre la constancia de este ingreso).
- ❖ Se aceptan los recibos de los impuestos de renta del año pasado desde enero hasta marzo, y los recibos de los impuestos de renta de este año desde abril hasta diciembre.
- ❖ Constancia de residencia de Georgia. (contrato de arrendamiento, cuenta de los servicios, aviso de la evaluación de impuestos).
- ❖ Constancia de cualquier otra entrada como ayuda para los niños, manutención, fondos financieros, o alquiler de la propiedad recibida durante los últimos tres (3) meses.
- ❖ **Si usted no tiene ingresos o si sus ingresos son limitadas, por favor proporcione la siguiente información:**
 - Un informe personal por escrito, firmado y fechado, explicando las circunstancias de su situación financiera en los últimos tres (3) meses.
 - Una carta notariada de la persona(s) que le ha proporcionado alimentos y vivienda en los últimos tres (3) meses.

Si usted no somete la información pedida, podría resultar en negación de su aplicación porque su elegibilidad financiera no pudo ser determinada.

Teléfono: 678-312-4406

Correo electrónico (E-mail): financialcounselor@gwinnettmedicalcenter.org

Devuelva la aplicación con los documentos pedidos a:

Gwinnett Hospital System
Post Office Box 348
Lawrenceville, GA 30046
Attn: Financial Counselor

- ❖ Aprobación bajo el Programa de Asistencia Financiera (programa para indigentes y caridad) solo es válido para cuentas incurridas en el Gwinnett Hospital System.
El programa no cubre cargos médicos tales como Patología, Cardiología, Radiología, Anestesia, médicos privados, ambulancia o medicamentos.
- ❖ Este programa no está afiliado con ningún programa de Medicaid o Medicare.
- ❖ Esta aplicación es valida por treinta (30) días a partir de su petición para Financial Assistance (ayuda financiera).

APLICACIÓN DE EVALUACIÓN FINANCIERA

Financial Assessment Application

Nombre Legal del Paciente: _____ **Social Security #:** _____
 Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____
 Dirección (si es diferente): _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono de la Casa #: _____ Celular #: _____ Teléfono del Trabajo #: _____
 Empleado: _____ Ocupación: _____ Ingreso mensual total: \$ _____

Enumere los miembros del Núcleo Familiar: (como el aplicante, conyugue, y los dependientes legales como es permitido por el Federal Government (Gobierno Federal)).

| Nombre de los Miembros de Familia | Fecha de Nacimiento | Sexo | Relación con el Paciente | Número del Social Security) | Fecha cuando fue Empleado | Ingreso Mensuales Total |
|-----------------------------------|---------------------|------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|
| | | | | | | \$ |
| | | | | | | \$ |
| | | | | | | \$ |
| | | | | | | \$ |
| | | | | | | \$ |
| | | | | | | \$ |

Otra fuente de Ingresos que usted reciba mensualmente:

Supplemental Security Income (SSI) \$ _____
 Ingreso de seguridad adicional \$ _____
 Social Security Disability (SSDI) \$ _____
 Seguridad social de incapacidad \$ _____
 Desempleo \$ _____
 Food Stamps \$ _____
 Bonos para alimentos \$ _____
 Welfare (AFDC) \$ _____
 Subsidio de la Seguridad Social \$ _____
 Veteran's Benefits (VA) \$ _____
 Beneficios de Veterano \$ _____
 Beneficios de Pensiones/Retiros \$ _____
 Child Support \$ _____
 Ayuda para los niños) \$ _____
 Intereses/Dividendos de las Inversiones \$ _____
 Otro Ingreso: \$ _____

Capital:

Cuenta de Ahorro (s) \$ _____
 Cuenta Corriente (s) \$ _____
 Acciones/Bonos (de valor en el mercado) \$ _____
 Valor Nominal de Certificado de Depósito \$ _____
 Vehículos de Recreación \$ _____
 Carros/Camiones \$ _____
 Otros capitales: \$ _____

Gastos de vivienda del hogar:

Hipoteca o Alquiler:

1. Pagos mensuales de la Hipoteca/Alquiler \$ _____
 2. Impuestos de la Propiedad/Seguro \$ _____
 3. Avalúo del valor de la casa \$ _____

Servicios: (agua, basura, electricidad, gas, cable, y teléfonos/beeper) \$ _____

Alimentación/Tocador/Cosméticos: \$ _____

Valor Total de las cuotas de Carro:

1. Cuota de pago del carro \$ _____
 2. Cuota de pago del segundo carro \$ _____
 3. Gasolina del carro \$ _____
 4. Seguro del carro \$ _____
 5. Gastos de reparación del carro \$ _____

Tarjetas de Crédito: \$ _____

Préstamos: \$ _____

Cuota Mensual de Seguros:

1. Vida \$ _____
 2. Médico \$ _____

Gastos del Cuidado de la Salud:

1. Cuentas Médicas \$ _____
 2. Cuentas Dentales \$ _____
 3. Prescripciones: \$ _____

Gastos del Cuidado de los Niños: \$ _____

Otros Gastos: \$ _____

Yo certifico que la información dada en esta forma es verdadera y completa en mi conocimiento y es con el propósito de evaluar mi condición financiera y mi habilidad para pagar las cuentas o los cargos de los servicios hospitalarios que yo he recibido del Gwinnett Hospital System o de cualquier cuenta que yo como garantía hubiera firmado. Yo autorizo a mi jefe para dar la información que sea necesaria relacionada con mis ingresos para evaluar mis necesidades financieras. Yo me comprometo a notificar rápidamente al Gwinnett Hospital System de cualquier cambio en mi status financiero que afecte mi posibilidad de pagar las cuentas. Al solicitar ayuda financiera, yo entiendo que el Gwinnett Hospital System puede investigar mi historia de crédito.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del Cónyugue: _____ Fecha: _____

(si está casado (a), se requiere la firma del cónyugue)\

APLICACIÓN DE EVALUACIÓN FINANCIERA

Financial Assessment Application