

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Augusta University Health System ofrece un programa de asistencia financiera para los pacientes y las familias que tienen dificultades económicas y no pueden pagar la factura del hospital. Los descuentos de asistencia financiera pueden ayudar con los servicios médicamente necesarios para aquellas personas que cumplen los requisitos. Por favor, complete la solicitud de asistencia financiera, adjunte copias de los documentos solicitados y devuélvala a cualquiera de los siguientes lugares:

Por correo:

Augusta University Health
A/A Departamento de Asesoramiento Financiero
1120 15th Street BI 1010
Augusta, Georgia 30912

Por fax:

(706) 721-4848

En caso de que tenga preguntas:

Comuníquese con la Asesoría
Financiera
(706) 721-1301

Por favor, incluya los siguientes documentos con su solicitud de ayuda financiera completada:

1. Prueba de residencia en Georgia o Carolina del Sur
 - a. Permiso de conducir u otro documento de identidad expedido por el Estado de Georgia o de Carolina del Sur; o
 - b. Factura de servicios públicos con la dirección (no un apartado de correos) y el nombre del solicitante
2. Prueba de ingresos
 - a. Una copia de la última declaración de la renta federal 1040A, 1040EX o 1040 con los anexos fiscales.
 - b. Una copia de los recibos de pago de los últimos tres (3) meses con los totales del año hasta la fecha para todos los miembros de la familia que trabajan

Si el paciente (o la parte responsable) no declaró impuestos el año pasado o si la situación de ingresos cambió, proporcione copias de al menos uno de los siguientes documentos para verificar los ingresos brutos totales de la familia (antes de las deducciones):

- c. Una copia o declaración que muestre la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, los ingresos por rentas, los intereses, los dividendos, los pagos regulares de manutención, los ingresos de herencias o fideicomisos
- d. Una carta fechada y firmada por el empleador con el membrete de la empresa en la que se indique el importe de los ingresos brutos por período de pago y el número total de horas trabajadas por período de pago
- e. Copia de los cheques o del estado de cuenta de las pensiones, de la Seguridad Social, de las prestaciones para veteranos o de la asistencia pública. Los ingresos de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o de la Seguridad Social (SSI, por sus siglas en inglés) procedentes de cualquier miembro de la familia están excluidos y no se incluirán en el cálculo de los ingresos brutos totales de la familia
- f. Copia del estado de cuenta bancario que muestre un “depósito electrónico” del gobierno federal de la Seguridad Social o de las prestaciones para veteranos
- g. Estado de cuenta que muestre prestaciones por accidentes de trabajo o desempleo.
- h. Copia del resumen de cupones para alimentos.
- i. Carta del Departamento de servicios para familias y niños o de la Oficina de Seguro Social que confirme los ingresos.

Si el paciente (o la parte responsable) no tiene ingresos ni otros medios de subsistencia, indique lo siguiente:

- j. Una carta de apoyo notarial de la(s) persona(s) o entidad(es) que proporciona(n) su principal fuente de asistencia para los gastos de subsistencia necesarios
3. Un comprobante de los gastos
 - a. Copias de la renta/hipoteca, del seguro médico, de las facturas médicas/informe de farmacia y del cuidado de los niños. Por favor, adjunte los comprobantes/copias de los gastos indicados anteriormente. No incluya ningún elemento que se deduzca de su sueldo

No se tendrá en cuenta su solicitud si está incompleta o sin la documentación que la acompaña.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente/garante: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre del cónyuge/pareja: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	Teléfono: _____
	¿SE PUEDE dejar un mensaje? S / N
Ciudad/Edo./C.P.: _____	Tel. alternativo: _____
Dirección de correo electrónico: _____	¿SE PUEDE dejar un mensaje? S / N

¿Su consulta está relacionada con un accidente o una lesión? S / N En caso afirmativo (marque uno), ¿estaba relacionado con el automóvil o con el trabajo?

Indique cada uno de los miembros del hogar, su fecha de nacimiento, su relación y los ingresos que recibe e incluya la frecuencia. Si necesita más espacio, utilice una hoja aparte.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Ingresos brutos (semanales/mensuales/anuales)
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

Indique cualquier otra fuente de ingresos y su importe mensual	
Pensión alimenticia/manutención de los hijos	\$
Seguridad Social/Pensión	\$
Asistencia pública/cupones de alimentos	\$
Desempleo/Compensación de los trabajadores	\$
Otras fuentes (especifique):	\$

Indique los gastos mensuales y los importes	
Renta o hipoteca (principal y secundaria)	\$
Deducción estándar por servicios públicos (electricidad, gas y agua)	\$
Seguro médico/seguro de vida	\$
Facturas médicas (no AU)/Farmacia	\$
Atención médica para niños/adultos	\$
Pagos de impuestos gubernamentales	\$

Certifico que toda la información mencionada anteriormente es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de la información necesaria para determinar si cumplo los requisitos para recibir asistencia financiera u otros programas financiados por el gobierno federal o estatal, incluida la verificación de mis ingresos y bienes. Por la presente, otorgo permiso y autorizo a un agente del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia a divulgar toda la información relacionada con mi solicitud de Medicaid.

Comprendo que la información que presento está sujeta a verificación, incluida la de las agencias de información crediticia, y otras según se requiera o sea necesario.

 Firma del solicitante

 Fecha