



8350S

Memorial

H E A L T H
University Medical Center

APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE GEORGIA DE FONDOS PARA EL CUIDADO DEL INDIGENTE GRATUITOS Y DE REDUCCION DE CUENTAS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA NACIMIENTO/EDAD: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CP: _____

TELEFONO CASA: (_____) _____ SEGURIDAD SOCIAL#: _____

ENCIERRE UNO: EMPLEADO RETIRADO DISCAPACITADO MENOR SIN TRABAJO - ESTADO CIVIL: C-S-D-V

OCUPACION: _____ TELEFONO (_____) _____

EMPLEADOR: _____ HACE CUANTO?: _____

GARANTE / NOMBRE DEL ESPOSO/A: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CP: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____ SEGURIDAD SOCIAL#: _____

CIRCULE UNO: EMPLEADO RETIRADO DISCAPACITADO MENOR SIN TRABAJO - ESTADO CIVIL: C-S-D-V

OCUPACIÓN: _____ TELEFONO (_____) _____

EMPLEADOR: _____ HACE CUANTO?: _____

LA SIGUIENTE SECCION DEBE SER COMPLETADA:

Escriba los nombres de las personas que viven en la casa, sus fechas de nacimientos, la relación con usted, el ingreso-salario-que reciben, e indique si es por semana, mes o al año

NOMBRE	NACIMIENTO	RELACION	INGRESO (SEM/MES/AÑO)	INGRESO (SEM/MES/AÑO)	INGRESO (SEM/MES/AÑO)	TOTAL INGRESO (SEM/MES/AÑO)

*Si el ingreso de cualquiera persona es porque trabaja por su cuenta, usted puede dar información sobre el costo del negocio así nosotros podemos determinar con cuanto ingreso usted cuenta. Puede escribir el detalle de esto al dorso de este formulario.

Nota para el solicitante: Usted no tiene que reportar el ingreso de una persona en su casa que no es legalmente responsable por las cuentas médicas del paciente y que no es parte de la familia. Por ejemplo, si usted tiene un hermano/a que vive con usted y esa persona no es su guardián legal, esa persona no es responsable por pagar sus cuentas medicas, y no tiene que ser contado o reportado su ingreso.

Como permitido por las Leyes del Estado de Georgia, yo le pido a Memorial Health University Medical Center, Inc determine mi elegibilidad para ayudarme a pagar las cuentas impagas del hospital por servicios del Memorial Health University Medical Center, Inc. Yo se que la información que doy sobre mi ingreso anual y el tamaño de mi familia puede ser chequeado para ver si es cierto por Memorial Health University Medical Center, Inc. Yo se que si la información que yo doy es incorrecta, entonces se me negara la asistencia financiera que me ayude a pagar por las cuentas del hospital y yo seré responsable de pagar las cuentas. Yo también se que tengo que informar al Memorial Health University Medical Center, Inc de cualquier cambio en el estado financiero que me permita pagar por las cuentas del hospital, por ejemplo, un pago que yo recibo por accidente o un beneficio recibido de una aseguradora.

FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE: _____ FECHA: ____/____/____

FIRMA DEL ESPOSO/A: _____ FECHA: ____/____/____