

Solicitud de Ayuda Financiera

Piedmont Healthcare, Centro de Soluciones para Clientes
2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339
Teléfono: 1.855.788.1212
Fax: 770.916.7511



INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Fecha de atención (Pasada o futura): _____

Nombre completo del paciente: _____ Número de la Seguridad Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Nombre del empleador/compañía: _____

Dirección postal: _____

Teléfono fijo particular: _____ Teléfono móvil: _____ Número de registro médico: _____

Nombre completo del garante: _____ Número de la Seguridad Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Nombre del empleador/compañía: _____

Dirección postal: _____

Teléfono fijo particular: _____ Teléfono móvil: _____ Relación con el paciente: _____

INDICAR TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA POR SU NOMBRE LEGAL (aparte del paciente/garante arriba indicados)

Nombre (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Edad	Relación con el garante	Ocupación	Número de la Seguridad Social	Ingresos brutos anuales

GASTOS DE MANUTENCIÓN MENSUALES

GASTOS

Médicos, incluyendo seguro de salud y medicación mensual	
Vivienda y servicios públicos, incluyendo alquiler, teléfono móvil, teléfono, cable/televisión, Internet, electricidad, gas, agua, impuestos sobre bienes inmuebles y/o hipoteca	
Transporte, incluyendo pagos de automóvil, seguro de automóvil, y/o gastos mensuales de transporte	
Otros gastos de manutención, incluyendo guardería, manutención de hijos, matrícula y/o pensión conyugal	

Solicitud de Ayuda Financiera

Piedmont Healthcare, Centro de Soluciones para Clientes
2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339
Teléfono: 1.855.788.1212
Fax: 770.916.7511



Fuentes de ingresos familiares

Ingresos por trabajo	
Seguridad social	
Discapacidad	
Compensación por desempleo	
Pensión alimenticia/manutención de hijos	
Ingresos por inversiones	
Ingresos por alquileres	
Pensión/ingresos por jubilación	
Ahorros o intereses	
Otros ingresos o manutención	

OTRAS PREGUNTAS RELATIVAS A COBERTURA SÍ/NO

1. ¿Tiene el paciente seguro de salud?	
2. ¿Tiene el paciente Medicaid de Georgia?	
3. ¿Está siendo tratado el paciente por lesiones cubiertas por la cobertura de compensación de trabajadores (<i>worker's compensation</i>)?	
4. ¿Está siendo tratado el paciente por lesiones cubiertas por responsabilidad de terceros, como, por ejemplo, una compañía de seguros de automóviles?	

SI NO TIENE INGRESOS MENSUALES, POR FAVOR EXPLIQUE CÓMO CUBRE SUS GASTOS MENSUALES

DECLARACIÓN

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la información que presento se encuentra sujeta a verificación, incluyendo calificaciones de agencias crediticias, y sujeta a examen por parte de agencias federales y/o estatales y otras partes según se requiera. Autorizo a mi empleador a divulgar a Piedmont Healthcare una prueba de mis ingresos. Entiendo que si se demuestra que cualquier información que haya proporcionado es incorrecta, Piedmont Healthcare reevaluará mi estatus financiero y tomará las medidas apropiadas.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA PARA PROCESAR SU SOLICITUD. POR FAVOR CONSULTE LA PÁGINA 3 DE LA PRESENTE SOLICITUD DONDE SE INDICAN EJEMPLOS DE LOS MATERIALES ACREDITATIVOS QUE SE REQUIEREN.

Solicitud de Ayuda Financiera

Piedmont Healthcare, Centro de Soluciones para Clientes
2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339
Teléfono: 1.855.788.1212
Fax: 770.916.7511



- ID con fotografía – Permiso de conducir emitido por el estado, tarjeta de identificación del estado, pasaporte o cualquier ID consular o escolar con fotografía.
- Visa o tarjeta de extranjero residente (si resulta aplicable)
- Prueba de residencia – Se requiere de uno a tres de los siguientes documentos donde se indique su dirección actual como prueba de residencia:
 - De una a tres facturas de servicios públicos como, por ejemplo, factura de la luz, factura de gas, factura de agua, factura de teléfono
 - Contrato de alquiler
 - Recibo de alquiler en el que se indique su dirección actual
 - Carta de concesión de vales de comida (*food stamps*)
 - Tarjeta de registro de votante
 - Otros documentos mercantiles que verifiquen su lugar de residencia como, por ejemplo: extractos de tarjeta de crédito, cartas de hacienda (IRS) o Medicaid, cartas a estudiantes de escuelas/universidades, factura de cable, facturas de teléfonos móviles, extractos bancarios, extractos hipotecarios, justificantes de pago de salarios en los que se indique su dirección, etc.
 - NOTA: Un apartado postal no sirve para demostrar la residencia.
- Prueba de ingresos – se requiere uno de los siguientes:
 - Tres justificantes actualizados de pago de salarios (paciente y compañera(o))
 - Petición de subsidio por desempleo, Indagación Salarial del Departamento de Trabajo (WG-15)
 - Copias de extractos bancarios recientes de tres meses si está viviendo de los ahorros
 - Una carta del empleador en papel con membrete de la compañía confirmando la fecha de inicio, que está actualmente empleado, indicando la tarifa salarial por hora, la suma total pagada cada período de pago y la frecuencia de pago
 - Cualquier carta de decisión en la que se indique que el paciente está recibiendo prestaciones por desempleo, Medicaid, discapacidad bajo la Seguridad Social, Asistencia General, etc.
 - Carta de vales de comida y justificantes de pago de salarios
 - Verificación de indigencia o una carta de un refugio en papel con membrete de la compañía
 - Otros documentos mercantiles que indiquen cómo se está manteniendo el paciente.
- Prueba de número de dependientes – se requiere uno de los siguientes:
 - Declaración firmada de la renta del año anterior (más reciente)
 - Cualesquiera cartas de decisión en las que se indique que el paciente es legalmente responsable del hijo, como documentos judiciales relativos a tutela o custodia
 - Certificado de nacimiento para cada hijo de edad igual o inferior a 18 años