



Solicitud para Caridad

Número de Cuenta#: _____

Fecha: _____

Parte 1: Información del Solicitante

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre del Solicitante (si es diferente al del paciente): _____ Relación con el paciente: _____

Número de Teléfono: (casa) _____ (celular) _____

Cualquier otro número donde podemos dejar un mensaje o hablar con alguien de su parte:

Domicilio: _____

Calle

Ciudad

Código Postal

Parte 2: ¿Cuál es la razón el paciente está solicitando ayuda?

1. Estoy aplicando para un servicio programado en NGHS ó mi médico a pedido un servicio programado.

- Si Quien le refirió para el servicio (médico/otro): _____
 Tipo de servicio: _____
 Fecha del servicio programado: _____ --o--
 Plazo pedido por el médico: _____
- No

2. Estoy solicitando ayuda porque tengo cuentas existentes que no puedo pagar.

- Si Por favor indique el número de cuenta(s): _____

- Si, pero no sé el número de cuenta(s)
- No

Recibe actualmente servicios de: Departamento de Salud del condado de Hall Clínica Good News Programa Health Access Initiative Clínica Toccoa NGMC Barrow LLC

Parte 3: Por favor, conteste las siguientes preguntas desde la perspectiva del paciente:

- 1. ¿Cuál es su estado civil? Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
- 2. Tiene empleo actualmente?
 Si Nombre y domicilio del empleador: (Incluyendo si eres propietario único/Segundo empleo)

Tipo de negocio (si eres propietario único):

- No

3. ¿Si no estás empleado actualmente, a tenido empleo en los últimos 90 días?

- Si Nombre y domicilio del empleador: _____

¿Si usted tuvo empleo anteriormente, fue cubierto por un seguro medico? Si No

Número de teléfono y nombre del contacto: _____

- No

4. ¿Tiene algún seguro medico, incluyendo Medicare o Medicaid que pagara por los servicios?

- Si Nombre de seguro: _____
 Número de póliza: _____
- No

5. Existen otros oligados de parte de su facture (p. ej., cobertura de responsabilidad civil, seguro de auto, compensación de trabajadores)

- Si Por favor indicar el nombre de Compañía, Número de reclamo, nombre y número de teléfono del Tasador de reclamos:

- No

6. ¿Solicitado para beneficios de Seguro Social por incapacidad?
 Si, fui negado Si, está pendiente No
7. ¿Solicitado recientemente por Medicaid?
 Si, fui negado Si, está pendiente No
8. ¿Está embarazada o ha dado a luz en los últimos 60 días? Si No
9. ¿Los servicios que recibió son relacionados con el cancer? Si No
10. ¿A la edad de 18 años, estuviste en Cuidado de Crianza? Si No
11. ¿Los servicios fueron relacionados con una hospitalización? Si No
12. ¿Los servicios que recibió resultaron por ser víctima de un crimen? Si No
13. ¿Recibes cupones de alimentos o algún otro tipo de beneficio del gobierno como Seguro Social por incapacidad o jubilación?
 Si Programa: _____ Frecuencia: _____ Cantidad: _____
 No

Parte 4: Información sobre el hogar

1. ¿Es usted ciudadano estadounidense? _____ Si respondió no, ¿ es usted residente legal permanente/refugiado? _____ Fecha de entrada: _____
2. ¿En qué condado vive? _____
3. ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ (Ponga los nombres, edades y relacion con usted)
4. Es dueño de su casa? _____ Hace pagos de hipoteca?
 Si Valor _____ Si Cuanto debe? _____
 No No
5. Incluya balance de sus cuentas bancarias: Ahorros _____ Cheques _____
 Banco _____ Jubilacion (IRA, 401K, 403b) _____ CD's _____
6. Cual es su ingreso bruto mensual (Incluya ingreso de manutencion, compensasion, cualquier otro ingreso)?

Programa/ Ingreso	Empleador	Frecuencia	Ingreso bruto mensual

Paciente/Yo mismo:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Numero de Seguro Social

Miembros del hogar del paciente:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relacion con el paciente	Numero de Seguro Social	Tiene factura existente

Al completar esta solicitud usted acepta lo siguiente:

- Solicitar Medicaid para mi o mi familia o cualquier otro tipo de cobertura posible que este disponible para pagar mi factura

- Comunicarme con el Departamento de Familias y Niños/Administración del Seguro Social y otras agencias estatales y federales referente a mi elegibilidad presente y pasada para todos los programas administrados por ellos.
- Toda la información sea exacta y completa, será verificada. Si da información falsa incluye información o documentación incompleta la asistencia financiera será negada. NGPG-NGHS tiene el derecho de revertir la asistencia si se determina información falsa
- Proporcionar toda información en plazo de 30 días de haber enviado la solicitud.

NGHS tiene derecho de obtener su crédito y cualquier adulto en la familia para determinar mi necesidad de asistencia financiera. Por la presente, certifico que la información suministrada es exacta y completa.

Firma del solicitante

Fecha