

## EVANS MEMORIAL HOSPITAL

### Instrucciones para completar la solicitud de beneficencia

1. Completa ambos lados del formulario.
2. Envíe por correo postal la solicitud completa y los documentos pertinentes a la dirección que figura abajo, o bien lleve su solicitud al cajero de la torre norte (ubicada en el primer piso de North Patient Tower, al lado del Registro):

**EVANS MEMORIAL HOSPITAL**  
**200 North River Street**  
**Claxton, Ga. 3041**  
**Attn: Patient Financial Services**

Si envía documentos aparte de la solicitud, incluya una carta de presentación con el nombre y la fecha de nacimiento del paciente a fin que podamos relacionarla con la solicitud.

3. Adjunte una copia (un envíe originales) de los siguientes documentos:

#### Documentos exigidos para todas las solicitudes:

##### A. El comprobante de ingresos familiares debe ser por lo menos uno de los siguientes:

- Una copia de cuatro talones más recientes de personas empleadas en el hogar. Si no hay comprobantes de pagos disponibles, por favor de proporcionar una carta notarial de un empleador.
- Si es trabajador independiente presente una copia de impuestos federales más reciente.
- Comprobante de seguro de accidentes de trabajo, licencia por enfermedad, compensación de discapacidad, bienestar social o retiro de la seguridad social (ingreso suplementario de seguridad social {SSI} no incluidos en la determinación de ingresos).
- Si no tiene ingresos en este momento, proporcione una carta firmada y notariada por la persona que provee alojamiento y comida para usted y su familia, si corresponde.

##### B. El comprobante de domicilio familiar debe ser por lo menos uno de los siguientes:

- Licencia de conducir válida en Georgia
- Tarjeta de identificación de Georgia
- Factura actual de servicios
- Recibos de alquiler o arrendamiento que muestran evidencia de condado de residencia
- Evaluación de impuestos (de taxes) de propiedad del condado
- Carta de asistencia de cupones alimentarios del condado
- Tarjeta de registro del votante

#### Si corresponde, envíe también estos documentos:

- Si no está casado(a) pero hay niños en común, debe proporcionar el ingreso familiar total. También se debe incluir toda Ayuda alimentaria o manutención recibida.
- Si todavía estas legalmente casado(a) pero estas separado(a), debe proporcionar la documentación legal de la separación o los de menores y pensión alimenticia recibida.
- Si se quedo sin trabajo en los últimos tres meses, debe proporcionar una carta de desvinculación de su empleador anterior. Además, de proporcionar una carta del Centro de Trabajo de Georgia, en la que especifique si recibe beneficios por desempleo.
- Si ha incluido niños en su solicitud, además de los hijos biológicos o los hijastros, debe proporcionar la documentación legal correspondiente.

Recibirá noticias si su solicitud es aprobada o denegada, recibirá una respuesta por correo en 30 días. Si no recibe una notificación en 30 días, puede llamar al (912)739-5003 para ver una actualización del estado de solicitud. Si cree que es necesario reunirse con un asesor financiero después de haber recibido su notificación, llame al 912-739-5003 para una cita. Las citas se pueden hacer de lunes a viernes, de 9a.m - 1p.m. y de 2p.m. – 5p.m.

#### Al completar esta solicitud, usted acepta lo siguiente:

- Solicitar Medicaid o cualquier otro tipo de cobertura posible que esté disponible para su cobertura.
- Que toda la información proporcionada es correcta y completa y se verificará. Proporcionar información falsa, incluyendo Información o documentación incompleta, resultara en una negación de la caridad. Además, NGHS se reserve el derecho a revertir cualquier caridad si se determina que la información es falsa después de haber aprobado la caridad.
- Proporcionar toda la información dentro de 30 días de haber enviado una solicitud o, la aplicación se cerrará y se negará.



## Solicitud de Servicios de caridad

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor proporcione los nombres de los miembros del hogar y comprobante de ingresos. Si usted está desempleado y no tiene ingresos indique cero ingresos. Prueba de ingresos puede ser el talón de cheque más reciente, una carta del empleador, o una declaración de impuestos.

Nombre de cada persona en el hogar	Fecha de nacimiento	Relación	Ingresos sem/mes/año	Ingresos sem/mes/año	Ingresos sem/mes/año	Total de ingresos
1.						
2.						
3.						
4.						

Si los ingresos de cualquier miembro es de trabajo por cuenta propia, pueden dar información sobre los costos del negocio para que podemos determinar los ingresos reales a ser contados. Información adicional o comentarios pueden escribirse en el reverso de esta solicitud.

No tiene que reportar ingresos para una persona en el hogar que no es legalmente responsable por las facturas médicas del paciente y no se cuenta en el tamaño de la familia.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### PARA USO DEL PERSONAL DEL HOSPITAL

Número de casa: \_\_\_\_\_ Total ingresos contables: \_\_\_\_\_

(Promedio de ingreso mensual para el último año o últimos 3 meses, lo que sea más favorable)

Verificación de ingresos (si necesario) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Determinación:** Elegible para servicios gratis: \_\_\_\_\_ Condicional: \_\_\_\_\_ Pendientes: \_\_\_\_\_

Elegible para servicios con descuento: \_\_\_\_\_ % Condicional: \_\_\_\_\_ Pendientes: \_\_\_\_\_

Inelegible: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Fecha de notificación por correo: \_\_\_\_\_ firma del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Reconsideración:**

Resultado: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_