



Estimado/a paciente:

Esta carta incluye información importante para usted sobre cómo obtener ayuda con sus facturas del hospital y gastos médicos. El Programa de asistencia financiera incluye asistencia con facturas de hospitales y gastos médicos para solicitantes que califican e incluye la solicitud de programas como asistencia para indigentes, atención benéfica o Medicaid.

Si desea solicitar el Programa de asistencia financiera en la Autoridad Hospitalaria del Condado de Miller, complete la solicitud adjunta. Además, necesitaremos documentación de respaldo para determinar si usted califica. Los siguientes elementos son los requisitos básicos; sin embargo, durante el proceso de la entrevista, se puede determinar que se requiere información adicional.

Verificación de los ingresos de su hogar:

- Últimos tres meses de talones de cheques o verificación de salarios en papel con membrete de la compañía
- Copias de cheques del seguro social o una carta de la oficina del seguro social que muestre el monto o la documentación del monto recibido de cualquier otra fuente de pensiones
- Declaración de impuestos del año pasado

Información Adicional:

- Licencia de conducir válida o tarjeta de identificación emitida por el estado con foto
- Bonos de alimentos, si corresponde
- Cualquier registro que demuestre toda la manutención infantil vencida y recibida, si corresponde
- Los ingresos de todos los miembros de la unidad familiar del hogar, responsables de los gastos médicos del paciente. La unidad familiar consiste en individuos que viven solos; y cónyuges, padres e hijos menores de 21 años que viven en el hogar.

Prueba de que es residente de Georgia (presente uno de los siguientes):

- Factura de servicios públicos
- Factura telefónica
- Recibo de renta / hipoteca
- Si vive con alguien, proporcione una carta de esa persona que indique su residencia y el monto de la renta que paga.

Solicitud para el Programa de asistencia financiera

209 N. Cuthbert Street • C.P. Box 7 • Colquitt, Georgia 39837

Teléfono (229) 758-3385 • Fax (229) 758-6623

www.millercountyhospital.com

Hospital del Condado de Miller • Hogar de ancianos de Miller

Centro médico del condado de Miller • Hogar de ancianos Calhoun

Clínica Médica R. E. Jennings

Una vez que complete la solicitud y tenga copias de toda la documentación de respaldo requerida, envíe la solicitud adjunta con copias de su documentación de respaldo al asesor financiero al:

Autoridad Hospitalaria del Condado de Miller
Atención: Programa de asistencia financiera
209 N. Cuthbert Street
C.P. Box 7
Colquitt, GA 39837

No envíe versiones originales de sus documentos de respaldo. En lugar de enviarnos la solicitud por correo, también puede llamar a nuestra oficina al 229-758-3554 para programar una cita con un asesor financiero para analizar su solicitud.

Asegúrese de tener toda la información anterior cuando presente su solicitud. Si no la tiene, no podemos procesar su solicitud. Tenga en cuenta que una vez que recibamos la solicitud completa con toda la documentación de respaldo requerida, tomará hasta cinco (5) días hábiles para determinar si califica para recibir asistencia financiera.

Gracias por confiar en la Autoridad Hospitalaria del Condado de Miller con sus necesidades de atención médica.

Consejero financiero
Teléfono (229)758-3554
Fax (229)758-5936

Autoridad Hospitalaria del Condado de Miller
Hoja de trabajo de asistencia financiera - Pg. 2

Información del paciente:

Nombre:	
Número de seguro social:	
Fecha de nacimiento;	
Dirección:	
Número de teléfono:	
Nombre y dirección del empleador:	
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/>	<i>Por favor marque:</i> <input type="checkbox"/> A tiempo completo A tiempo parcial Retirado No aplicable <input type="checkbox"/>
Nombre del cónyuge <input type="checkbox"/>	
Número de seguro social del cónyuge: <input type="checkbox"/>	
Fecha de nacimiento del cónyuge:	
Nombre y dirección del empleador del cónyuge:	
Estado de Empleo:	<i>Por favor marque:</i> A tiempo completo A tiempo parcial Retirado No aplicable

Gastos mensuales:**Cantidad:**

Alquiler / Hipoteca	
Auto	
Utilidades	
Teléfono	
Otro:	
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	
GASTOS TOTALES:	

Descripción de los activos:**Cantidad:**

Cantidad en cuenta de ahorro y ubicación:	
Monto de la cuenta corriente y ubicación:	
Bonos de Ahorro y Ubicación:	
Cantidad y ubicación del CD:	
Fondos de jubilación:	
Valor nominal del seguro de vida:	
Alquiler:	
Otros activos:	
ACTIVOS TOTALES:	

Firma del paciente / garante: _____