

**Programa de Atención al Indigente**

**Información del Solicitante**

Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: Soltero casado Divorciado Viudo (circule uno)  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Otro Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_  
 Empleador del Solicitante \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleador \_\_\_\_\_  
 Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Salario Bruto Anual o Pago Mensual: \_\_\_\_\_  
 Ha aplicado para Medicaid? \_\_\_ SI \_\_\_ NO. ¿Usted califica para el seguro médico COBRA? \_\_\_ SI \_\_\_ NO  
 ¿Ha aplicado para cupones de comida? \_\_\_ SI \_\_\_ NO. Si marco SI, cantidad mensual recibida: \$ \_\_\_\_\_

**Información de la Esposa del Solicitante**

Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Otro Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_  
 Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Salario Bruto Anual o Pago Mensual: \_\_\_\_\_  
 Ha aplicado para Medicaid? \_\_\_ SI \_\_\_ NO. ¿Usted califica para el seguro médico COBRA? \_\_\_ SI \_\_\_ NO  
 ¿Ha aplicado para cupones de comida? \_\_\_ SI \_\_\_ NO. Si marco SI, cantidad mensual recibida: \$ \_\_\_\_\_

**Dependientes Legales**

Nombre Legal completo	Fecha de Nacimiento	Edad	Relación al Paciente	Empleador Si / No	Tiempo Complet o O Media Jornada	Numero de eguro Social	Ingresos Mensuales
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

**Bienes y Otros Recursos de Ingresos**

Otro ingresos: \$ \_\_\_\_\_ Otro recurso de ingreso: \_\_\_\_\_

Cuenta de Cheques: Balance \$ \_\_\_\_\_ Nombre de Banco: \_\_\_\_\_

Cuenta de Ahorros: Balance \$ \_\_\_\_\_ Nombre de Banco: \_\_\_\_\_

Pensión Mensual \$ \_\_\_\_\_ Seguro Social \$ \_\_\_\_\_

IRA \$ \_\_\_\_\_ CDs \$ \_\_\_\_\_ 401K \$ \_\_\_\_\_

Dueño de Terreno: \_\_\_\_Si \_\_\_\_No. ¿Si marco Si cuantos acres? \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene Propiedad para Rentar? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No  
¿Si marco Si, Cual es el ingreso mensual? \$ \_\_\_\_\_ ¿Qué valor tiene la propiedad? \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene acciones o bonos? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No. ¿Si marco Si, Qué valor tiene? \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro de vida? \_\_\_\_Si \_\_\_\_No. ¿Si marco Si, cual es el valor? \$ \_\_\_\_\_

**Reconocimientos / Autorizaciones**

Yo/Nosotros certificamos que la información descrita arriba es verdadera, completa y acertada a lo mejor de mi/nuestro saber. Yo/Nosotros autorizamos a Colquitt Regional Medical Center para contactar y/o liberar información a terceras personas (Empleador, pagadores, Seguro Social, terceras personas, etc.) Necesarios para verificar la exactitud de la información provista y los documentos de soporte provistos que se entregaron como parte del proceso de la aplicación. Yo/Nosotros autorizamos a Colquitt Regional Medical Center a utilizar sitios de la red de internet / en la línea, para validar números de teléfono, direcciones, y/u otra información suministrada en la aplicación. Yo/Nosotros además de eso autorizamos a que las otras personas enlistadas en la aplicación a liberar tal información requerida a Colquitt Regional Medical Center para validar la información provista como parte del proceso de aplicación. Yo/Nosotros reconocemos y entendemos que fallar a proveer información acertada y completa podría resultar en denegar su aplicación y participación en el programa. Yo/Nosotros certificamos que toda la información, documentos de soporte, y todos los documentos notariados provistos son válidos y auténticos. Yo/Nosotros certificamos que cualquier licencia de manejo y/o números de seguro social provistos son válidos y legalmente expedidos por el Estado. Yo/Nosotros entendemos que Colquitt Regional Medical Center está retransmitiendo en la información provista para determinar si usted califica para su participación en este programa.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Esposa: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Persona que Completo la Aplicación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Razón porque el Solicitante no puede Completar la Aplicación: \_\_\_\_\_

*Por Favor regrese la aplicación completa y todos los documentos a la oficina del Consejero Financiero localizada en la Entrada principal del Hospital. Para acelerar el proceso por favor contacte un Consejero Financiero para hacer una cita. Por Favor prevea tiempo de espera excediendo una hora si no tiene cita.*

**For Hospital Staff Use:**

Date Received \_\_\_\_\_ Received By \_\_\_\_\_

Date Processed \_\_\_\_\_ Processed By \_\_\_\_\_

Proof of income attached \_\_\_\_YES \_\_\_\_NO Number in household \_\_\_\_\_ Total Income \_\_\_\_\_

**DENIED:**

Reason: \_\_\_\_\_ Date Denied \_\_\_\_\_ PAS Director Signature: \_\_\_\_\_

**APPROVED:**

Discount Eligible per FPG \_\_\_\_\_ Date Approved \_\_\_\_\_ PAS Director Signature: \_\_\_\_\_

## **Programa de Atención al Indigente: lista**

**Por favor proporcione los documentos requeridos abajo:**

***Prueba de Identificación del Paciente (provea uno de los siguientes)***

- Licencia valida de Manejo o ID de la Oficina de Motores y Vehículos o ID Militar con Fotografía
- Tarjeta Vigente de identificación de Escuela con fotografía
- Tarjeta Vigente de Empleado con fotografía
- Pasaporte Valido o Documentación de Inmigración para permanecer legal en Estados Unidos
- Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

***Prueba de Residencia (provea uno de los siguientes)***

- Tarjeta de registración de votante u otro artículo reciente de gobierno con su dirección
- Licencia de manejo vigente del Estado de Georgia del padre, Hijo, tutor, o esposa.
- Factura de utilidad o teléfono con su nombre y dirección, contrato de renta o arrendamiento
- Declaración de banco expedido entre los últimos 60 días con valida dirección de residencia de Georgia
- Si recibe cupones de comida, mostrar evidencia de registración en el condado de residencia
- Factura de impuestos de propiedad del Estado de Georgia del año actual o anterior
- Refugiados DS-20 verificación de dirección declaración jurada de residencia
- Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

***Tarjetas de Seguro Social (SS)***

- De todos los miembros de la unidad familiar elegibles que necesiten ayuda
- Otros documentos de gobierno con números de SS de todos los miembros de la unidad familiar
- Pasaporte Valido de los Estados Unidos o documentación de inmigración que valide estadía legal.

***Prueba de Desempleo/Ingresos (provea todos los recursos de ingresos de todos los miembros de la unidad familiar que contribuyan a los ingresos del hogar incluyendo usted y esposa)***

- Carta de recompensa SSI del año actual o declaraciones de banco (cheques/ahorros) de los últimos 30 días records mostrando depósitos directos por cualquier Seguro Social/SSI o depósitos de Desempleo. Si el Seguro Social es el único recurso de ingresos, entonces la aplicación solo necesitara ser actualizada anualmente.
- Documento de cupones de comida por unidad familiar
- Talones de cheque(s) de pago por 90 días anteriores de la fecha de aplicación.
- Ayuda financiera para Estudiantes de Escuela cartas de recompensa(s).
- Ingresos de Pensión/ Retiros.
- Verificación de ingresos del empleador actual cubriendo 90 días anteriores o una carta de terminación con el membrete del empleador.
- Ordenes de Corte /cheque de pensión alimenticia infantil o verificación de ingresos de Compensación de los trabajadores.
- Retorno de impuestos del año anterior. Si Formas de Impuestos Federales se suministran entonces la aplicación solo necesitara ser actualizada anualmente.
- Otro. ( por favor especifique ): \_\_\_\_\_

***Prueba de ingresos si trabaja por su cuenta (provea uno)***

- Forma de Impuestos Federales del año más reciente incluyendo todos los programas 1040.
- Recibos, talones de cheque, contratos o acuerdos de sub-contratos.

***Verificación de recursos de no ingresos***

- Usted será requerido a completar una forma notariada "Declaración de Manutención" al tiempo de la aplicación. Esto tendrá que ser actualizada mensualmente a menos que el recurso de ingresos cambie.