

I. Demografía del Paciente

Nombre del Paciente: _____
(Apellido/Last) (Nombre/First) (Segundo Nombre/Middle)

(No. De Seguro Social/SSN) (Fecha de Nacimiento/DOB)

Nombre del Garante: _____
(Apellido/Last) (Nombre/First) (Segundo Nombre/Middle)

(No. De Seguro Social/SSN) (Fecha de Nacimiento/DOB)

Dirección: _____
(Número y Calle/Street) (Ciudad/City) (Estado/State) (Código Postal/Zip code)

Teléfono (phone): _____

¿Ha usted solicitado por asistencia financiera con cualquier entidad en el pasado? Sí (yes) No

Si sí, la fecha de la solicitud o la aprobación _____

II. Información de la Casa

Estado civil (<i>Marque uno</i>) Marital Status (<i>Circle One</i>)	Casado Married	Soltero Single	Separado Separated	Total viviendo en la casa: (Total in Household:)
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------------	------------------------------------------------------------

III. Empleo/Ingresos (Employment/Income)

Empleador del paciente/garante (Patient/Guarantor Employer): _____

Nombres de los dependientes (<i>Añada otra hoja para más dependientes</i>) (Dependent Name(s) (<i>Attach separate sheet for addtl. dependents</i>))	Fecha de nacimiento de los dependientes (Dependent Date of Birth)

Cantidad total de ingreso mensual (Gross Monthly Income Amount): \$ _____

Fuente de ingresos (Por favor incluya una verificación o explicación de la situación corriente)

Ingresos de esposo (a) y otras fuentes de ingreso y Total de Ingreso Mensual (Other Income Source and Gross Monthly Amount): \$ _____

Total de ingreso anual en la casa (Total Annual Gross Household Income): \$ _____

¿Tiene usted una cuenta bancaria activa? ¿Declaró impuestos el año pasado?

IV. Verificación de seguro (Insurance Verification)

¿Tiene usted algún seguro médico? (Do you have any health insurance?) SI/YES NO

Nombre de la compañía del seguro médico: _____

¿Está usted empleado? (Are you employed?) SI/YES NO

Si usted ha estado sin empleo en los últimos 90 días, por favor suministre: (If you have become unemployed within the last 90 days, please provide)

El nombre del ultimo empleador y las fechas del empleo (name of last employer and dates of employment)

El nombre de la compañía de seguro que su empleador patrocina (Give name of your employer sponsored insurance

carrier) ¿Es usted elegible para los beneficios de COBRA? (Are you eligible for COBRA benefits?)

'(o certifico que la información proveída es cierta hasta yo tengo conocimiento. '(o comprendo que información fraudulenta o engañosa me hará inelegible para cualquier asistencia financiera. '(o autorizo la liberación de cualquier información necesaria para verificar la información proveída y para facturación y colecciones de acuerdo con leyes estatales y federales aplicables. Se puede requerir prueba de ingreso antes de dar cualquier consideración. Prueba aceptable de ingresos puede ser pero no está limitada a: copias de talones de cheques, copias de la declaración de impuestos del año pasado o cartas del empleador declarando el salario corriente y las horas trabajadas.

Firma del paciente/garante (signature patient/guarantor)		Fecha (date):	
% Federal Poverty Level:	Decision based on:		
Comments/summary:			
Signature of Interviewer		Date:	
Signature of Manager	Date:	Approved:	Denied:
Signature of Director	Date:	Approved:	Denied:
Signature of EVP/SVP	Date:	Approved:	Denied:

Envie aplicacion completada a: Patient Account Services, PO Box 934805, Site ID 2200, Atlanta, GA 31193

El Fax: 678-486-6036 or Correo electronico: charitycare@patientfinancialsvcs.com