



Fecha:

Ref.:

Estimado(a)

Adjunto una solicitud para el Programa de Asistencia Económica, además de una copia de las Normas de asistencia económica de Northside. Nuestro Programa de Asistencia Económica se basa en el ingreso bruto del grupo familiar. El ingreso bruto del grupo familiar incluye el total de los ingresos de los doce (12) meses anteriores, que, por ejemplo, comprende todas las entradas económicas o sueldos, compensación por desempleo, compensación laboral, asistencia del seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pensión o ingresos por jubilación, pensión alimenticia y custodia de los hijos.

Complete la información requerida en esta solicitud y envíela, junto a la prueba de ingresos y gastos, a la siguiente dirección:

Northside Hospital Business Office
1001 Summit Blvd NE Suite 150
Atlanta, Georgia 30319
Atención: Financial Assistance

Para completar una aplicación electrónicamente, por favor entrar a esta página web:
<https://northside.patient.fae-app.com/NorthsideHospital>

La agradecemos su atención inmediata a este asunto. Si tiene alguna pregunta no dude en comunicarse con nosotros al (404) 851-6500, de lunes a viernes entre las 9:00 a.m. y las 4:00 p.m.

Atentamente,

Asesor de ayuda económica
Oficina de Administración
Northside Hospital

Para que se tome en consideración su solicitud de ayuda económica, debe completar los formularios adjuntos y devolverlos con la documentación adicional dentro de un plazo máximo de 10 días a partir de haberlos recibido. El procesamiento de la información toma de 30 a 60 días.

**NORTHSIDE HOSPITAL – SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA
PARA CUENTAS CON UN SALDO MAYOR A \$5,000.00**

MEDICAL RECORD/ACCOUNT NUMBER: _____
HISTORIA CLÍNICA o NÚMERO DE CUENTA

PATIENT/GUARANTOR NAME: _____ **D.O.B.** _____
NOMBRE DE PACIENTE O GARANTE: Fecha de nacimiento

SPOUSE/PARTNER NAME: _____ **D.O.B.** _____
NOMBRE DEL CÓNYUGE O DE LA PAREJA Fecha de nacimiento

ADDRESS / DIRECCIÓN: _____

PHONE / TELÉFONO: _____ **ALT PH# / TELÉFONO ALTERNATIVO** _____

State of Residency/Estado de Residencia: _____

Insurance Carrier/Seguro Medico: _____

FAMILY INCOME DATA / DATOS DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR:

List Number of Family Members in House Hold: Monthly Income Per Family Member:
Cantidad de miembros en la familia Ingreso Mensual por Persona en la familia

Single Individual

Una sola persona

Husband/Partner

Esposo o pareja

Wife/Partner

Esposa o pareja

Children (under 18)

Niños (menores de 18 años)

Other Dependants

Otras personas dependientes

Total:

OTHER INCOME / OTROS INGRESOS:

List Monthly Income Amount

Indique la cantidad de ingreso mensual

Alimony/ Child Support / Pensión alimenticia o custodia de hijos

Social Security/ Pension / Asistencia del Seguro Social o pensiones

Public Assist / Food Stamps / Asistencia pública o vales para alimentos

Unemployment/Workers Comp / Compensación por desempleo, compensación laboral

Other Sources (specify) / Otras fuentes de ingreso (especifique)

Total Income / Total de ingresos

MONTHLY EXPENSES / GASTOS MENSUALES:

Payment Amount / Total de pagos

Rent or Mortgage (Primary and Secondary) / Alquiler o hipoteca (primaria y secundaria)

Utilities Standard Deduction (Electric, Gas, Water)

Deducción estandarizada por servicios públicos (electricidad, gas, agua)

Health Insurance/Life Insurance / Seguro médico o seguro de vida

Medical Bills (Non Northside Hospital)/Pharmacy Report)

Facturas médicas (no de Northside Hospital)/Informe de la farmacia

Child Care/ Adult Care / Cuidado de niños o adultos

Government Tax Payments / Pagos de impuestos al gobierno

The undersigned hereby acknowledges the information in this statement to be true and correct to the best of my (our) knowledge. Please note that all applications for financial assistance are subject to verification of employment, obtaining credit bureau reports, other verification process or resources which may be necessary in order to substantiate your financial status. / Por la presente, los que firman a continuación reconocen que la información aquí declarada es verdadera y correcta según nuestro leal saber y entender. Tenga en cuenta que todas las solicitudes para asistencia económica están sujetas a verificación de empleo, obtención de informe de la oficina de crédito u otros métodos o recursos de verificación que puedan ser necesarios a fin de corroborar su situación económica.

RESPONSIBLE PARTY'S SIGNATURE
FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE

SPOUSE'S/PARTNER SIGNATURE
FIRMA DEL CÓNYUGE O PAREJA

Para que se tome en consideración su solicitud, debe devolverla dentro de un periodo de 10 días a partir de recibido.

CABE DESTACAR QUE SIN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS NO SE EVALUARÁ NI SE PROCESARÁ SU SOLICITUD:

1) PRUEBA DE RESIDENCIA: Proporcione prueba de residencia en Georgia, Alabama, Florida, Carolina del Norte, Carolina del Sur o Tennessee.

Proporcione uno de los siguientes:

- Licencia de conducir o identificación estatal del estado de Georgia, Alabama, Florida, Carolina del Norte, Carolina del Sur o Tennessee; o
- Otra documentación que establezca residencia en el estado de Georgia, Alabama, Florida, Carolina del Norte, Carolina del Sur o Tennessee

2) PRUEBA DE INGRESOS: TACHE Y OCULTE SU NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL EN LOS DOCUMENTOS QUE ENVÍE.

Proporcione uno de los siguientes:

- Los estados de cuenta bancarios más recientes de sus cuentas corrientes y de ahorros, tanto personales como de negocios.
- Recibo de pago reciente
- Formulario W-2 más reciente
- Verificación por escrito de salario, proporcionada por el empleador
- Verificación por escrito de las agencias de bienestar público (*welfare*) y de otros organismos gubernamentales que puedan dar fe de la situación de ingresos brutos del paciente durante los últimos 12 meses.
- La carta donde se le concede el beneficio de seguro social
- Verificación de ingresos por pensión o jubilación
- Pensión alimenticia o custodia de los hijos por orden de tribunal o fallo de divorcio
- Notificación de ingresos por desempleo
- Notificación de rescisión de contrato laboral y solicitud de estatus de desempleo del estado de Georgia
- Carta de apoyo notariada: Si el paciente no tiene ingresos brutos, debe presentar documentación por escrito de la o las personas o entidades que le dan manutención o cubren sus necesidades básicas (alimentación, albergue, ropa)
- Los pacientes que soliciten ayuda por indigencia médica tienen que presentar evidencia de activos
- Para verificar estatus de estudiante, presente copia del horario de clases, información de inscripción y copia de documento de identificación como estudiante (con foto)

SI NO TIENE INGRESOS NI NINGÚN OTRO MEDIO DE SUSTENTO, PRESENTE UNA CARTA O DOCUMENTO DE LA O LAS PERSONAS O ENTIDADES QUE LE AYUDAN CON LOS GASTOS DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE SUBSISTENCIA.

3) COPIAS DE RECIBOS DE ALQUILER O HIPOTECA, SEGURO MÉDICO, FACTURAS MÉDICAS, CARGOS DE FARMACIAS Y CUIDADO DE NIÑOS. ADEMÁS INCLUYA COMPROBANTE O COPIA DE ESTADOS DE CUENTAS RELACIONADOS CON LOS GASTOS MENCIONADOS. SIN ESTA DOCUMENTACIÓN NO PODREMOS EVALUAR SU SOLICITUD.

NO INCLUYA NADA QUE SEA DESCONTADO DE SU CHEQUE DE INGRESOS

PARA CUALQUIER NOTA O COMENTARIO ADICIONAL, AGREGUE UNA CARTA.