



Formulario de Solicitud de Ayuda Económica de Children's

Children's Healthcare of Atlanta at Egleston y Scottish Rite proveen ayuda económica a las familias como asistencia para el pago de las facturas médicas de sus hijos. Para solicitar un arancel reducido o gratuito por los servicios médicos que ya han sido provistos por Children's Healthcare of Atlanta, se debe proveer toda la información que se solicita en el formulario adjunto: comprobantes de ingreso, incluidos los formularios de impuestos completos más recientes, formularios W2, así como también los últimos talones de pago salarial.

Si no recibimos toda la información solicitada, así como los comprobantes de ingreso, no podremos tramitar la solicitud; se cerrará la solicitud y el paciente y/o el fiador recibirá una factura por el saldo pendiente.

Los residentes del estado de Georgia quizás califiquen para recibir fondos proporcionados por el Fondo Fiduciario para Cuidados de Personas Indigentes de Georgia (Fondo Fiduciario), así como por otros organismos patrocinadores. Se considera que una persona es residente si ha ingresado al estado con un compromiso laboral o si está buscando empleo y no recibe asistencia de ningún otro estado.

Si usted no es residente del estado de Georgia, o desea que tengamos presente alguna consideración especial, debe usarse este mismo formulario para solicitar la ayuda económica del Fondo Fiduciario. La consideración de estas solicitudes se determina por la disponibilidad que haya de otros organismos patrocinadores para asistir a los solicitantes que reúnan los requisitos necesarios. Debe tener en cuenta que haber completado la solicitud no garantiza que recibirá ayuda económica de ningún patrocinador.

En un plazo de 60 días se le notificará sobre la decisión del comité. Mientras tanto, sus cuentas se mantendrán suspendidas.

Recuerde que esta solicitud cubre únicamente los servicios médicos que ya han sido provistos. Si después de haber presentado la solicitud ocurren otros servicios médicos, debe avisarnos para que podamos determinar si necesita completar otra solicitud.

Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda económica que ofrece Children's, llámenos al (404) 785-5060, de lunes a viernes, de 8:30 de la mañana a 4:00 de la tarde. También hay información disponible en internet en www.choa.org.

Debe enviarse por correo la solicitud completa a la dirección siguiente:

Financial Resource Coordinator,
Children's Healthcare of Atlanta
1575 Northeast Expressway
Atlanta, Georgia 30329

Tal como se indicó anteriormente, debe adjuntarse la información siguiente como comprobante de ingreso: formulario de impuestos 1040 más reciente con los formularios W-2 correspondientes, así como los dos talones de pago salarial más recientes. También puede enviar por fax la solicitud completa y los comprobantes de ingreso al (404) 785-9236. *Las solicitudes que no estén acompañadas de los comprobantes de ingresos no serán tomadas en cuenta para la ayuda económica.*



Estado financiero
(En imprenta, por favor)

Número de cuenta: _____ MR #: _____

Nombre del paciente: _____ Masc. _____ Fem. _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento del paciente _____ Fechas de admisión: _____

Información del solicitante

Nombre: Dr. Sr. Sra. Srta. _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Cuántos años lleva en esta dirección: _____

Estado civil: Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Soltero(a) _____ Separado(a) _____

Número de hijos: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Cantidad de años con este empleador: _____

Puesto/Título: _____ Tipo de negocio: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Información del cónyuge o cosolicitante

Nombre: Dr. Sr. Sra. Srta. _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Cuántos años lleva en esta dirección: _____

Estado civil: Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Soltero(a) _____ Separado(a) _____

Número de hijos: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Cantidad de años con este empleador: _____

Puesto/Título: _____ Tipo de negocio: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

For Office Use

Advisory Board:

Comments:

Ingreso mensual antes de los impuestos

Por favor, adjunte los siguientes documentos como comprobante de ingresos: el formulario de impuestos 1040 más reciente, acompañado por sus W-2, como también los dos últimos talones de pago salarial.
Las solicitudes que no estén acompañadas de los comprobantes de ingresos no serán tomadas en cuenta para la ayuda financiera.

Solicitante		Cónyuge o cosolicitante*	
Paga por hora	\$	Paga por hora	\$
Horas de trabajo por semana		Horas de trabajo por semana	
Seguro Social por mes	\$	Seguro Social por mes	\$
Discapacidad por mes	\$	Discapacidad por mes	\$
Ingresos netos por alquiler	\$	Ingresos netos por alquiler	\$
Desempleo por mes	\$	Desempleo por mes	\$
Manutención de menores por mes	\$	Manutención de menores por mes	\$
Pensión alimenticia por mes	\$	Pensión alimenticia por mes	\$
Asistencia pública	\$	Asistencia pública	\$
Otros	\$	Otros	\$
Total mensual	\$	Total mensual	\$

*Si está casado(a), debe incluirse la información del cónyuge en la solicitud.

Gastos mensuales de subsistencia

Pago de la hipoteca de la casa	\$	Saldo sin pagar	\$
Pago del alquiler	\$	Saldo sin pagar	\$
Servicios públicos	\$	Saldo sin pagar	\$
Automóvil	\$	Saldo sin pagar	\$
Préstamos	\$	Saldo sin pagar	\$
Tarjetas de crédito	\$	Saldo sin pagar	\$
(lista)		(razón)	
Seguro	\$	Saldo sin pagar	\$
Doctor	\$	Saldo sin pagar	\$
Hospital	\$	Saldo sin pagar	\$
Otros	\$	Saldo sin pagar	\$
Total	\$	Total	\$

Si
 usted
 no
 anotó
 o
 ingresos,
 por

favor explique de qué forma paga la comida y la vivienda:

Consentimiento y acuerdo

Confirmando que la información contenida en esta solicitud es correcta y está completa, y que Children's Healthcare of Atlanta tiene mi permiso para verificar su exactitud. Entiendo que si Children's Healthcare of Atlanta comprueba que intencionalmente se ha incluido información falsa, no podré recibir ayuda financiera y seré responsable de todos los cargos.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del cónyuge o cosolicitante: _____

Fecha: _____