



Estimado padre y tutor legal:

Al participar en el Fondo de Fideicomiso para Atención de Indigentes de Georgia (*Georgia Indigent Care Trust Fund*), Children's Healthcare of Atlanta recibe fondos especiales todos los años para ayudarles a pagar las cuentas médicas de de sus niños a aquellos padres que reúnan los requisitos. Para solicitar tarifas gratis o reducidas en los servicios médicos que ya se recibieron en Children's Healthcare of Atlanta, por favor provea toda la información que se solicita en el formulario adjunto y, además, la comprobación de su ingresos, incluyendo su más reciente forma de impuestos presentada con sus correspondientes formas W2, y las copias de sus más recientes comprobantes de pago salarial.

Si no recibimos toda la información solicitada, incluyendo la comprobación de sus ingresos, no podremos procesar su solicitud y tendremos que regresársela para que la complete. Si la solicitud de ayuda financiera no se recibe con todos los documentos pertinentes dentro de 30 días de la solicitud inicial, la aplicación se considerará cerrada.

Por favor tenga en cuenta que usted debe ser residente de Georgia para calificar a los fondos del Fondo de Fideicomiso para Atención de Indigentes de Georgia. Se considera que una persona es residente si él o ella ha entrado al estado con un compromiso de trabajo, o si él o ella está solicitando empleo y no recibe ayuda de otro estado.

Si usted no es residente de Georgia, o si en su caso particular existen consideraciones especiales que usted quisiera que nosotros estudiemos, por favor use este mismo formulario para solicitar ayuda financiera de otros fondos, diferentes al Fondo de Fideicomiso para Atención de Indigentes de Georgia. La consideración de estas solicitudes se determina de acuerdo con la disponibilidad de otros fondos que provean ayuda a solicitantes que reúnan los requisitos. No garantizamos que usted califique para recibir ayuda financiera o para obtener ayuda de otros programas de financiamiento, así envíe esta solicitud.

A usted se le notificará la decisión del comité en los siguientes 90 días. Mientras se toma la decisión, sus cuentas se pondrán en espera.

Por favor, recuerde que esta solicitud es únicamente por servicios médicos que ya se han prestado. Si se reciben servicios médicos después de enviar esta solicitud, por favor infórmenos para determinar si se necesita llenar otra solicitud.

Por favor, envíe la solicitud completamente diligenciada a Indigent Care Trust Fund Committee, 1644 Tullie Circle, Atlanta, Georgia 30329 ó por fax al (404) 785-9236. Por favor, incluya las siguientes comprobaciones de ingresos: Dos (2) comprobantes de pago, así como los formularios de impuestos W-2 junto con los formularios 1040 más recientes. *Las aplicaciones sin comprobante de ingresos no se considerarán para ayuda financiera.*

Para apelar por escrito enviar al:
Charity Coordinator
Children's Healthcare of Atlanta
1644 Tullie Circle,
Atlanta, GA. 30329

o

Para apelar verbalmente, llame al (404) 785-5060

Si tiene preguntas sobre este proceso, favor llámenos al (404) 785-5060.

Atentamente,

Indigent Care Trust Fund Committee



Estado Financiero
(Por favor, letra de imprenta)

Cuenta #(s): _____ MR #: _____

Nombre del paciente: _____ Hombre _____ Mujer _____
Apellido 1er. nombre 2º nombre

Fecha de nacimiento: _____ Fecha(s) de admisión (es): _____

Información del solicitante

Nombre: Dr. Sr. Sra. Srta. _____

Número del Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

No. de años en esta dirección: _____

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

Número de niños: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de años con este empleador: _____

Posición/Título: _____ Tipo de negocio: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Información del cónyuge o cosolicitante

Nombre: Dr. Mr. Mrs. Ms. _____

Número Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

No. de años en esta dirección: _____

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

Número de niños: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de años con este empleador: _____

Posición/Título: _____ Tipo de negocio: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

For Office Use Only

Advisory Board:

Comments:

Ingreso Mensual antes de impuestos

Por favor, adjunte lo siguiente como comprobación de ingresos: La forma 1040 de impuestos más reciente con las formas W-2 que la acompañan, y dos recientes comprobantes de pago salarial. Las solicitudes sin comprobación de ingresos no serán consideradas para ayuda financiera.

Solicitante		Cónyuge o Cosolicitante*	
Salario por hora	\$	Salario por hora	\$
Horas semanales de trabajo		Horas semanales de trabajo	
Seguro Social por mes	\$	Seguro Social por mes	\$
Discapacidad por mes	\$	Discapacidad por mes	\$
Ingresos netos por renta	\$	Ingresos netos por renta	\$
Desempleo por mes	\$	Desempleo por mes	\$
Manutención de menores por mes (child support)	\$	Manutención de menores por mes (child support)	\$
Pensión alimenticia (alimony)	\$	Pensión alimenticia (alimony)	\$
Ayuda pública	\$	Ayuda pública	\$
Otros	\$	Otros	\$
Total mensual	\$	Total mensual	\$

*Si es casado(a), debe incluir la información del cónyuge en esta solicitud.

Gastos Mensuales de Manutención

Pago de la hipoteca de la casa	\$	Saldo por pagar	\$
Renta	\$	Saldo por pagar	\$
Servicios públicos	\$	Saldo por pagar	\$
Automóvil	\$	Saldo por pagar	\$
Préstamos	\$	Saldo por pagar	\$
Tarjetas de crédito	\$	Saldo por pagar	\$
(lista)		(razón)	
Seguros	\$	Saldo por pagar	\$
Doctor	\$	Saldo por pagar	\$
Hospital	\$	Saldo por pagar	\$
Otros	\$	Saldo por pagar	\$
Total	\$	Total	\$

Si

usted no ha anotado ingresos, por favor explique cómo paga la comida y la vivienda:

Consentimiento y Acuerdo

Confirmando que la información en esta solicitud es correcta y completa, y que Children's Healthcare of Atlanta tiene mi permiso para verificar su exactitud. Entiendo que si Children's Healthcare of Atlanta encuentra que alguna parte de esta información es intencionalmente falsa, no seré elegible para ayuda económica, y seré responsable de todos los cargos.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del cónyuge o cosolicitante _____

Fecha: _____