

**SOUTHEAST GEORGIA HEALTH SYSTEM**  
**(SISTEMA DE SALUD DEL SUDESTE DE GEORGIA)**  
**SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA**

**1. Información del Solicitante / Paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ N° de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Condado: \_\_\_\_\_ ¿Tiene Seguro Médico?  Sí  No  
 ¿Calificó anteriormente para recibir ayuda de otros proveedores de atención médica?  Sí  No  
 Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Legalmente Separado(a)  
 Información del Seguro: \_\_\_\_\_ **Adjuntar copia de la tarjeta del seguro**

**2. Información del Co-Solicitante / Cónyuge / Garante:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente:  Cónyuge  Padre / Madre  Otro  
 Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  
 Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento del Garante: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

**3. Miembros del Hogar / Personas a Cargo:**

(Incluya los nombres de todos los miembros de su hogar y de su familia y qué relación tienen con usted. Por favor, marque el casillero  si incluye a esta persona en el formulario de declaración de ganancias). **Si en la solicitud usted incluye a algún menor que no es hijo biológico o hijastro, deberá presentar la documentación legal para tal efecto.**

Nombre Completo	Relación con el Paciente	Fecha de Nac.	N° de Seguro Social
<input type="checkbox"/>		/ /	
<input type="checkbox"/>		/ /	
<input type="checkbox"/>		/ /	
<input type="checkbox"/>		/ /	
<input type="checkbox"/>		/ /	

**4. Información del Empleador:**

**Empleador del Paciente:**

Empleado(a)  A Cargo del Hogar  Retirado(a)  
 Desempleado(a)  Discapitado(a)

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Duración del Empleo: \_\_\_\_\_

Horas semanales trabajadas: \_\_\_\_\_ Ingreso Anual: \$ \_\_\_\_\_

¿Cómo cobra?  Por semana  Por quincena  Por mes  Otro

**Empleador del Cónyuge / de Otro Miembro del Hogar:**

Empleado(a)  A Cargo del Hogar  Retirado(a)  
 Desempleado(a)  Discapitado(a)

Nombre el Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Duración del Empleo: \_\_\_\_\_

Horas semanales trabajadas: \_\_\_\_\_ Ingreso Anual: \$ \_\_\_\_\_

¿Cómo cobra?  Por semana  Por quincena  Por mes  Otro

**Ingreso del Hogar:** Se define como el ingreso de todos los individuos que viven juntos y que comúnmente compran y preparan las comidas juntos. Se debe incluir el importe del ingreso mensual de todas las fuentes. Si un miembro de la familia u otra persona proporciona más del 50 por ciento del aporte para los gastos de mantenimiento, por favor, proporcione el ingreso mensual de esa persona que mantiene el hogar.

**Por favor, agregue una copia de la documentación que avale cada uno de los ingresos y la fuente de activos incluidos.**

**5. Información del Ingreso Familiar Mensual:** Proporcione el ingreso mensual correspondiente a usted mismo(a) y a los otros miembros de su hogar.

	Paciente	Cónyuge	Comprobante Requerido
Salarios (incluyendo propinas)			Recibos de pago y el Formulario 1040 de Ganancias más reciente
Ingreso Comercial			Declaración de Ganancias, Anexos C/E de Impuestos Federales
Beneficios de Seguro Social (SSA/SSI) / Discapacidad			Declaración del Beneficio por todos los beneficiarios
Beneficios de Retiro / Pensión			Declaración del Beneficio
Beneficios de Asistencia Pública (vales de comida)			Planilla de Presupuesto
Beneficios de Veteranos			Declaración del Beneficio
Beneficios por Desempleo			Declaración del Beneficio
Ingreso por Alquiler de Propiedades (¿Alguien le paga alquiler?)			Declaración de Ganancias, Anexos C/E de Impuestos Federales
Compensación del Trabajador			Declaración
Pagos por Pensión Alimentaria o Manutención Recibidos			Orden judicial indicando importe
Otros Ingresos: _____			
<b>Ingreso Bruto Mensual Total:</b>		\$	

**Desempleo:** Si usted no tiene ingresos, por favor explique de qué manera paga sus gastos mensuales. Es posible que le soliciten la presentación de una carta del Departamento de Trabajo con respecto a su condición de desempleado.

**6. Gastos Mensuales:** Proporcione información acerca de las cuentas que paga mensualmente.

<u>Gastos Mensuales</u>	<u>Pago Mensual</u>	<u>Gastos Mensuales</u>	<u>Pago Mensual</u>
Pago de Alquiler / Hipoteca		Tarjetas de Crédito (pago mínimo)	
Servicios		Manutención de Menores	
Comida		Manutención Cónyuge / Cuota Alimentaria	
Cable		Cuidado Infantil	
Crédito(s) Automóvil		Retenciones / Embargos del Salario	
Seguro del Automóvil		Facturas Médicas	
Préstamos		Otro:	
<b>Gastos Mensuales Totales:</b>	\$		

<b>Ingreso Mensual Total (Sección 5)</b>	
<b>Gastos Mensuales Totales (Sección 6)</b>	
<b>Ingreso Mensual Total – Gastos Mensuales Totales</b>	\$

**7. Saldos de Cuentas Bancarias:** Adjunte copias de sus resúmenes bancarios.

	Paciente	Cónyuge	Institución Financiera
Saldo de Cuenta de Cheques			
Saldo de Cuenta de Ahorro			
Saldo de acciones, bonos, certificados de depósitos o mercado monetario			
Otras cuentas: _____			
<b>Total Cuentas Bancarias:</b>		\$	

**8. Activos / Propiedad:** Incluya todas las propiedades y activos que posea, incluyendo vehículos recreativos, etc.

<u>Tipo</u>	<u>Detalle</u>	<u>Valor Estimado (A)</u>	<u>Saldo Impago (B)</u>
Residencia			
Vehículo N° 1	Tipo / Año / Marca		
Vehículo N° 2	Tipo / Año / Marca		
Vehículo N° 3	Tipo / Año / Marca		
Terrenos	Cantidad de Acres		
Propiedad en Alquiler			
Comercio			
Otro			
<b>A. Valor Estimado Total</b>			
<b>B. Saldo Impago Total</b>			
<b>Valor Estimado (A) – Saldo del Préstamo (B)</b>	\$		

**9. Información Adicional:** Proporcione información acerca del servicio médico para el cual usted necesita ayuda.

**Estoy presentando la solicitud para un servicio programado.**

Sí  No

**Si su respuesta es “Sí”:**

Nombre de la persona que lo derivó para el servicio (doctor / otro): \_\_\_\_\_

Tipo de servicio médico: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio médico programado: \_\_\_\_\_ -- o si no--

Plazo solicitado por el doctor: \_\_\_\_\_

**Estoy presentando la solicitud porque tengo cuentas que no puedo pagar.**

Sí  No

Por favor, incluya el(los) número(s) de cuenta(s): \_\_\_\_\_

**Estado de Solicitud de Medicaid:**

**¿Ha presentado su solicitud para Georgia Medicaid?**

Sí-Esperando Aprobación  Sí-No Elegible  No (si usted indica no, por favor, marque todo lo que aplique a su caso a continuación)

- Actualmente estoy embarazada
- Soy el padre o la madre o un cuidador familiar de dependientes menores de 19 años
- Soy mayor de 65 años de edad
- Soy invidente
- Yo o alguien de mi hogar tiene una discapacidad

**Nota:** Si usted ha solicitado Medicaid y no recibió una determinación final, por favor, contacte al representante de su caso.

**Por favor, lea el siguiente párrafo antes de firmar y colocar la fecha a la solicitud**

Por favor, tenga en cuenta que su firma indica que usted ha aceptado adjuntar toda la verificación acerca de los ingresos. Además de las cosas requeridas por esta solicitud, usted puede adjuntar resúmenes bancarios, copias de cheques del seguro social (o cartas). En caso de no haber ingresos, por favor, verifique de qué manera se están afrontando los gastos. Es importante explicar de manera completa la falta de ingresos para que se pueda hacer una consideración total de su solicitud. Si el garante o el cónyuge del paciente es un trabajador independiente, por favor adjunte los resúmenes bancarios de los últimos 2 o 3 meses. El abogado financiero podría solicitar información adicional. Se deberá adjuntar toda la documentación para su completa consideración. Las solicitudes que estén incompletas serán devueltas. Los representantes no tienen obligación de hacer un seguimiento con los solicitantes que hayan presentado solicitudes incompletas.

**Certificación**

1. Yo, al firmar abajo, certifico que la información completada en este documento es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.
2. Solicitaré toda la asistencia que haya disponible para ayudar a pagar esta factura.
3. Entiendo que la información presentada queda sujeta a verificación; por lo tanto, doy mi permiso y autorizo a todo banco, compañía de seguros, inmobiliaria, institución financiera y entidades crediticias de todo tipo a revelar a SOUTHEAST GEORGIA HEALTH SYSTEM toda la información pertinente relativa a las cuentas presentes y pasadas.
4. Entiendo que no se me otorgará ayuda financiera si no proporciono información completa y precisa y la documentación justificativa.

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Southeast Georgia Health System a compartir la información contenida en la presente solicitud y la documentación justificativa con Cooperative Healthcare Services, Inc.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Por favor, envíe la solicitud completada y la documentación requerida a:**

Southeast Georgia Health System  
Attention: Financial Assistance Department  
P. O. Box 1518  
Brunswick, Georgia 31521  
(912) 466-5000

**SOUTHEAST GEORGIA HEALTH SYSTEM  
(SISTEMA DE SALUD DEL SUDESTE DE GEORGIA)**

**Requisitos de la Documentación Justificativa**

La Ayuda Financiera sólo se podrá otorgar si se recibe una solicitud de Ayuda Financiera **completada y firmada** junto con la siguiente documentación requerida: *(Por favor, presente Copias Únicamente)*

**Nota:** La Ayuda Financiera se basa en una prueba de dos partes que involucra ingresos y activos netos. Las personas que tengan activos netos superiores a los \$10.000 o las familias con activos netos superiores a los \$25.000 no resultan elegibles para la ayuda financiera programada.

<b>Paso 1) Verificación de Identificación (1 documento requerido) – Únicamente Copia</b>							
<input type="checkbox"/>	Licencia de Conducir de Georgia	<input type="checkbox"/>	ID del Estado de Georgia	<input type="checkbox"/>	ID de Universidad / Estudiante	<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Residencia Permanente (Tarjeta Verde)
<b>Paso 2) Verificación de Residencia – Para solicitantes que no tienen una licencia de conducir vigente o un ID del estado (1 documento requerido) – Únicamente Copia</b>							
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Registro de Votante	<input type="checkbox"/>	Factura de Servicio con Nombre Completo y Dirección	<input type="checkbox"/>	Factura de Impuesto Inmobiliario	<input type="checkbox"/>	Resumen de Hipoteca o Arrendamiento
<b>Paso 3) Comprobante de Ingresos – Proporcione documentación que avale cada uno de los ingresos detallados en la solicitud: Únicamente Copias. Nota: Es posible que solicitemos más de un documento para confirmar el ingreso.</b>							
<input type="checkbox"/>	Recibos de Sueldo: Último Mes: (4-Semanales, 2-Quincenales, 1-Mensual)	<input type="checkbox"/>	Declaración Actual de Ganancias / W-2	<input type="checkbox"/>	W-2 de la Presentación de Impuestos más Reciente (Si no hay impuestos disponibles)	<input type="checkbox"/>	Carta del Empleador Certificada por Notario Confirmando el Importe del Ingreso Mensual
<input type="checkbox"/>	Documentación de Cuota Alimentaria y/o Manutención	<input type="checkbox"/>	Carta de Concesión de Seguro Social (SSDI)	<input type="checkbox"/>	Seguro Social – Resumen Bancario Mostrando Depósito	<input type="checkbox"/>	Carta de Concesión 1099 de Beneficios de Desempleo
<input type="checkbox"/>	Carta de Concesión de Cupones de Alimentos	<input type="checkbox"/>	Carta de Concesión de Ayuda en Efectivo	<input type="checkbox"/>	Carta Certificada por Notario del Tribunal Declarando el Ingreso	<input type="checkbox"/>	*Carta Certificada por Notario Declarando Asistencia al Paciente
<input type="checkbox"/>	Declaración de Ganancias – Trabajador Independiente	<input type="checkbox"/>	Trabajador Independiente – Última Declaración de Impuestos – Todas las Páginas: (Último Año) Incluyendo, sin limitación las Ganancias como Trabajador Independiente (Anexo C de la Declaración de Impuestos), Anexo E de Impuestos (Anexo de Alquiler)				
<b>Paso 4) Verificación de Activos – Proporcione documentación que avale el importe de cada activo declarado en la solicitud: Únicamente Copias. Nota: Es posible que solicitemos más de un documento para confirmar los activos.</b>							
<input type="checkbox"/>	Cuenta de Cheques Últimos 2 meses	<input type="checkbox"/>	Cuenta de Ahorros Últimos 2 meses	<input type="checkbox"/>	Resumen de Hipoteca	<input type="checkbox"/>	Resumen de Acciones
<input type="checkbox"/>	Resumen de Bonos	<input type="checkbox"/>	Resumen de Certificado de Depósito (CD)	<input type="checkbox"/>	Resumen de Mercado Monetario	<input type="checkbox"/>	Resumen de Beneficio de Hipoteca Revertida
<input type="checkbox"/>	Vehículo - Constancia de Propiedad	<input type="checkbox"/>	Otro				

\*Si alguna persona distinta de su cónyuge está proporcionando más del 50 por ciento del aporte para los gastos de mantenimiento, por favor, proporcione la documentación mencionada correspondiente a la persona que brinda el mantenimiento.

## Southeast Georgia Health System – NOTICE OF NONDISCRIMINATION

---

Southeast Georgia Health System cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Southeast Georgia Health System no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

### Southeast Georgia Health System:

1. Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - a. Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - b. Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
2. Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - a. Intérpretes capacitados.
  - b. Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese **1-866-645-5572**. Si considera que Southeast Georgia Health System no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona Meredith Horne, Compliance Specialist & Civil Rights Coordinator, 2415 Parkwood Drive, Brunswick, GA 31520, Telephone number: 912-466-3241, Fax number: 912-466-7044, Email: mhorne2@sghs.org. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Meredith Horne, Compliance Specialist & Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

la **Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos)** de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

### **U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.