



PO BOX 1629 Atención: Consejero Financiero Demorest Ga 30535
Preguntas directas al Consejero Financiero de HMC: 706-754-3113 ext. 1118

Solicitud de asistencia financiera

Fecha: _____ Número de cuenta: _____

Parte 1: Información del solicitante

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____

Número de teléfono (particular) _____ Número de teléfono (celular) _____

Parte 2: Por favor, responda las siguientes preguntas

- 1. ¿Tiene trabajo actualmente? SÍ NO
- 2. ¿Ha presentado una solicitud por discapacidad? SÍ NO
- 3. ¿Ha presentado recientemente una solicitud a Medicaid? SÍ, cobertura negada SÍ, pendiente NO

Parte 3: Información de la familia

- 1. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? SÍ NO
- 2. ¿Tiene algún seguro, incluyendo Medicare o Medicaid, que podría pagar por estos servicios? SÍ NO
- 3. ¿Cuál es el número de personas en su casa? _____
- 4. ¿Recibe timbres de alimentos? Si respondió que sí, ¿cuánto? _____

Datos del ingreso de la familia: Liste a todos los miembros de la familia menores de 18 años de edad.

Nombre	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social	Relación con el paciente

Por favor, lea antes de firmar su solicitud.

CERTIFICO que la información que he presentado es veraz y precisa según mi conocimiento. Solicitaré de manera independiente o con la ayuda del personal del hospital CUALQUIERA y TODA la asistencia que pudiera estar disponible a través de fuentes del gobierno federal, estatal, local y privadas para ayudar a pagar esta factura del hospital. ASIGNARÉ al proveedor del hospital TODOS LOS FONDOS recibidos de fuentes del gobierno federal, estatal, local y privadas. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por el hospital y sujeta a evaluación por ENTIDADES FEDERALES y/o ESTATALES y otras según se requiera. **Entiendo que todas las solicitudes de asistencia financiera están sujetas a verificación del empleo y otros procesos o recursos de verificación que podrían ser necesarios para demostrar mi estatus financiero según lo considere apropiado el Habersham Medical Center. Toda la información presentada será tratada con confidencialidad y usada solamente con el propósito de asistirnos con una decisión de ofrecerle asistencia financiera.**

Firma del solicitante

Fecha