

# INDIGENTES / CUIDADO DE CARIDAD

## APLICACIÓN

145 E. PEACOCK ST.

P.O. BOX 536

COCHRAN, GEORGIA 31014

478-934-6211

## SOLICITUD DE ATENCIÓN INDIGENTES DE GEORGIA

<b>PACIENTE</b>		<b>SÓLO PARA USO DE HOSPITAL</b>		
<b>SOLICITANTE</b>		<b>ACCT #</b>	<b>FECHA DE SERVICIO</b>	<b>CANTIDAD</b>
<b>DIRECCIÓN</b>				
<b>CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL</b>				
<b>TELÉFONO</b>				

**LISTA DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR, RELACIÓN CON EL PACIENTE Y EL INGRESO**

<b>NOMBRE</b>	<b>RELACIÓN</b>	<b>INGRESOS</b>	<b>TOTAL DE INGRESOS</b>

SI INGRESOS PARA CUALQUIER MIEMBRO SON DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA, PUEDEN DAR INFORMACIÓN SOBRE LOS COSTOS DEL NEGOCIO POR LO QUE PODEMOS DETERMINAR INGRESOS REALES QUE SE CONTARÁ. ESCRIBA LOS DATOS EN HOJA DE SEPARARATE. NO TIENES QUE INFORME INGRESOS PARA UNA PERSONA EN EL HOGAR QUE NO ES LEGALMENTE RESPONSABLE POR LAS FACTURAS MÉDICAS DEL PACIENTE Y NO SE CUENTA EN EL TAMAÑO DE LA FAMILIA. POR EJEMPLO, SI TIENES UN HERMANO O UNA HERMANA OMS VIDAS CON USTED Y NO SON TU TUTOR LEGAL ESA PERSONA NO ES RESPONSABLE DE PAGAR SUS CUENTAS MÉDICAS Y NO TENDRÍA QUE SER CONTADO O HAN REPORTADO INGRESOS.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente/Tutor

\_\_\_\_\_

Fecha



## CUIDADO INDIGENTE LISTA DE CONTROL DE APLICACIONES

Usted debe completar la solicitud de atención de indigentes, firme y fecha.

Primero debes solicitar cobertura de seguro de salud a HEALTHCARE.GOV y tener un comprobante de exención de.

Usted debe aplicar para los programas de MEDICAID y tiene prueba de inelegibilidad.

Prueba de ingreso que incluyen:

\_\_ Cupones \_\_ financieros impuestos \_\_ Banco declaración / pago consecutivo botánica  
\_\_ Seguro Social, SSI, o agencia o persona dificultades ninguna declaración de la renta

Prueba de residencia ADJUNTADA (licencia de conducir, copia de factura de electricidad actual, o declaración de impuestos)

Foto de identificación (licencia de conducir, estado o militares emitido ID o ID de empleado o estudiante)

**\*\* SIN LA INFORMACIÓN ANTERIOR, SU APLICACIÓN NO SERÁ COMPLETA Y NO SE PUEDE PROCESAR \*\***

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_ Fecha de cumpleaños \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Ciudadano: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Nombre de le esposa \_\_\_\_\_ Fecha de cumpleaños \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_

Los hijos dependientes: (Nombres y edades)

¿Con quien viven los niños? ¿Qué relación tiene esa persona a los niños?

¿Lista de cualquier otro miembro del hogar y su relación con los niños?

**Ingresos/con qué frecuencia paga?** Cuenta propia Yes \_\_\_ No \_\_\_

1. Nombre de empleador y dirección del empleado \_\_\_\_\_
2. Su renta \$ \_\_\_\_\_ Cama semana \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_
3. Los ingresos para el cónyuge \$ \_\_\_\_\_
4. Otros ingresos \$ \_\_\_ Cama semana \_\_\_\_\_ Quincenal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_
5. Jubilación \$ \_\_\_\_\_
6. TANF \$ \_\_\_\_\_
7. FoodStamp \$ \_\_\_\_\_
8. Housing Asst \$ \_\_\_\_\_
9. Utility Asst \$ \_\_\_\_\_
10. Infantil apoyo \$ \_\_\_\_\_ Cama semana \_\_\_\_\_ Quincenal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_

**Gastos (Mensual)**

- |                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Alquiler/hipoteca \$ _____ | 6. Teléfono \$ _____     |
| 2. Coche pago \$ _____        | 7. TV por cable \$ _____ |
| 3. Eléctricas \$ _____        | 8. Medicamentos \$ _____ |
| 4. Gas \$ _____               | 9. Seguro \$ _____       |
| 5. De agua \$ _____           | 10. Ostros \$ _____      |

**FORMULARIO DE ATENCIÓN DE INDIGENTES---NO INFORMES INGRESOS**

SI USTED ESTÁ REPORTANDO NO TIENES INGRESOS. POR FAVOR DESCRIBA ABAJO CÓMO VIVIR LAS NECESIDADES SE CUMPLEN.

---

---

---

---

---

---

---

**Bleckley Memorial Hospital ofrece cuidado de indigentes a pacientes sin cobertura médica que son residentes de los siguientes condados de Georgia: (por favor marque Condado de residencia del paciente) y cumplir con criterios basados en ingresos y tamaño familiar.**

Pulaski                       Wilcox                       Bleckley                       Twiggs

Prueba de todo ingreso que se recibe en el hogar debe presentarse con la solicitud de atención de indigentes de la caridad. Si no se recibe ningún ingreso, el paciente se remitirá a su división de la familia local y niños servicios para solicitar estado o programas federales que ayudan a individuos y familias de bajos ingresos. Si el paciente es elegible pero se niega a solicitar cualquier programa estatal o federal de asistencia; él o ella no se considerarán para el programa de atención de indigentes.

Comprobante de domicilio con una identificación con foto debe presentarse con solicitud de cuidado de indigentes de la caridad. Estado identificación emitida por el con su dirección actual o licencia de conducir será suficiente para la prueba de residencia y el ID de la foto.

Si cuidado indigente solicitante es menor de edad (niño), el responsable del menor debe proporcionar los documentos solicitados.

**DECO** : Si el saldo llega a \$500.00, llamaremos la cuenta de DECO, una agencia externa que le ayudará a solicitar cualquier ayuda médica que el paciente puede solicitar. El paciente debe cumplir con los esfuerzos DECO para asistir con ayuda médica. Si la cuenta se negó y regresó desde el DECO, porque el paciente era incooperativo, fondos indigentes no se aplicará a la cuenta y la cuenta seguirá los procedimientos normales de la colección.

**Por favor no envíe una solicitud incompleta o una solicitud sin los documentos solicitados como una solicitud incompleta no puede y no será procesada.**

Una vez aprobado para el cuidado de indigentes, la cobertura es válida por 6 meses desde la fecha de aprobación a menos que un cambio en el tamaño de la familia o una aumento/disminución de ingresos se divulga; momento en que debe presentarse una nueva solicitud.

Se enviará una carta de aprobación o rechazo del paciente.

¿(El paciente) tiene seguro médico? (en caso afirmativo, por favor acreditar dentro de 72 horas). \_\_SI \_\_NO  
¿Esta visita es el resultado de un accidente de vehículo de motor? (en caso afirmativo, por favor acreditar dentro de 72 horas). \_\_SI \_\_NO

¿Esta visita es el resultado de un accidente en el o en su lugar de trabajo? \_\_SI \_\_NO

¿Es esta visitar el resultado de un accidente en el que puede obtenerse un abogado o un establecimiento puede surgir? \_\_YES \_\_NO

## Cuidado de indigente hace No Cubrir:

- TERAPIA FÍSICA
- VISITAS DE MÉDICO / MÉDICO DE SALA DE EMERGENCIA
- SALA de emergencia, visite (sólo para el triage no emergentes, enfermera)

Al firmar a continuación:

- Certifico que este formulario ha sido examinado por mí y que la información proporcionada es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Estoy de acuerdo en proveer información de Bleckley Memorial Hospital (BMH) necesaria para verificar las declaraciones en esta solicitud y por la presente doy permiso para que sus agentes, para obtener dicha información en nuestro nombre.
- Entiendo que BMH puede requerir documentación adicional para procesar mi solicitud. Entiendo que debo solicitar otros beneficios que pueden pagar estas cuentas antes de cuidado indigente/caridad pueda ser aprobado. Si cuentas del paciente cumple con los requisitos, cuenta tal vez reenviado a DECO. Representante de DECO ponerse en contacto con la paciente para comprobar el paciente para la elegibilidad de Medicaid de GA/discapacidad. Es un requisito para cooperar con el DECO para poder ser considerado para la financiación de cuidado indigente.
- Tengo entendido que la amortización anterior es para mi beneficio única y basada únicamente en la revelación en mi aplicación. No liberación o cancelación se concede en relación con cualquier responsabilidad de terceros, si la responsabilidad surge por el contacto o negligencia. Un gravamen de hospital puede han presentado me nombres como la parte lesionada. Dinero recuperado por BMH como resultados de un gravamen de hospital dará lugar a la reversión de los indigentes aprobación de cuidado de caridad puede invertirse y puede ser perseguido judicialmente.
- Entiendo que mi solicitud será denegada si es incompleta o no proporcionar la documentación requerida.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta aplicación no es una garantía de que su cuenta no va a seguir nuestro proceso de recolección. Sus cuentas no será colocados en espera de examen indigente/caridad. Usted recibirá una carta de aprobación o negación al término de la revisión de la aplicación.

Si tienes dudas de su aplicación, póngase en contacto con:

Heather Dykes  
Coordinador de atención de indigentes  
Bleckley Memorial Hospital  
478-934-6211

**Cuidado de indigente cuidado/caridad Aprobación de ayuda financiera**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **Fecha de cumpleaños:** \_\_\_\_\_

**TOTAL ingresos: Estimado anual ingresos \$** \_\_\_\_\_

**Número de hogares elegibles:** \_\_\_\_\_

**Prueba de residencia: Bleckley**\_\_\_ **Pulaski**\_\_\_ **Twiggs**\_\_\_ **Wilcox**\_\_\_

**Fuentes utilizadas para verificar los ingresos del solicitante:**

\_\_\_ Cupones \_\_\_ financieros impuestos \_\_\_ Banco declaración / pago consecutivo botánica

\_\_\_ Seguridad social o agencia o persona (s)

\_\_\_ FIRMADO APP SOPORTE: \_\_\_ DESEMPLEADOS: \_\_\_ SSI INGRESO: \_\_\_

**DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD: INDIGENTES CUIDADO 100%** \_\_\_ **PAGO PARCIAL / DERECHO** \_\_\_ %

ACCT	PACIENTE	DOS	CARGA TOTAL	ADJ INDIGENTE	RESP DE PT

**FECHA DE APROBACIÓN:** \_\_\_ **APPROVAL EXPIRA:** \_\_\_

\*\* Todos saldos pendientes antes de la fecha de la aprobación se incluyen si es elegible bajo pautas cuidado indigente. (Por favor notificar a su colector si incurrir nuevas cuentas durante el periodo aprobado. Después de la fecha de vencimiento, si usted incurre en nuevas cuentas, usted necesitará crear una nueva aplicación y proporcionar comprobante actual de ingresos.)\*\*

**Preparado por:** \_\_\_\_\_

**Heather L. Dykes** *Coordinador de cuidado indigente / financiero asesor*

**NOTES/COMMENTS:** \_\_\_\_\_

**APROBADO POR:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**Sandra Herndon** *Director financiero*