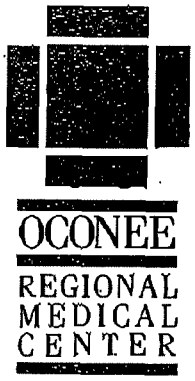

P.O. Box 690
821 N. Cobb Street
Milledgeville, Georgia 31061
(478) 454-3500

Estimado Paciente o Miembro de Familia:

Para cumplir el compromiso de misiones de servicio a la comunidad, El Sistema del Cuidado de Salud de Santa Maria ofrece programas de asistencia para el cuidado de indigente/ caridad para los pacientes y la comunidad acuerdo de la necesidad reconocido y los recursos disponibles.

Ajuntado encontrara una forma de información de financias. Por favor complete y mande de vuelta la forma con una copia de la información siguiente para cada persona en su casa:

- ☐ Declaración de impuestos por el ano 200__
- ☐ 3 **Talones de Pago** corrientes o una carta de su patrón/ empleador
- ☐ **Estado de Cuenta del Banco** por tres meses
- ☐ Prueba de SSI **(para el retiro, muerte, o discapacidad)**
- ☐ Cualquier otra fuente de ingreso, incluyendo pero no limitado a Soporte para Niños, Pensión, Retiro, Desempleo, Compensación para Trabajadores, cartas de soporte de personas ayudando con cuentas
- ☐ Si **Trabaja Por Cuenta Propia,** prueba de ingreso del negocio
- ☐ Otro _____

La finalización de esta aplicación/ solicitud nos dejara evaluar su necesidad por asistencia con su cuenta pendiente en Santa Maria. Hay pautas que necesitamos seguir por el Estado de Georgia para poder considerar si su familia es elegible para asistencia del hospital.

Si tiene algunas preguntas o inquietudes acerca de esta forma, por favor llame al numero escrito abajo entre las horas de 8:30 am – 5:00 pm.

Por favor mande todo las cosas marcado arriba que se puede para que podemos considerar su aplicación.

Sinceramente,

Shirley McCawley
Patient Financial Counselor
Oconee Regional Medical Center
478-457-2121

Oconee Regional Medical Center

Aplicación/ Solicitud de Cuidado de Caridad

Nombre del Paciente _____ # de SS _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Cuenta _____

Dirección _____ Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____

Cuidado de Indigentes _____ Caridad _____

Información de Casa			Información de Ingreso		Información de Gastos		
Nombre de Miembro	Edad	Relación	Fuente de Ingreso	Cantidad S/M/A	Acreedor	Cantidad	S/M/A

TOTAL NUMERO DE MIEMBROS DE CASA: _____ TOTAL INGRESO: _____ TOTAL GASTOS: _____

(Por favor calcula una figura de ingreso anual para su casa)

BIENES				DOCUMENTOS PROBATORIOS		
NOMBRE DEL BANCO	TIPO DE CUENTA	# DE CUENTA	BALANZA	TIPO	FUENTE	TESTIGO POR:
				Prueba de Ingreso		
				Carta de Apoyo		
				Affidávit de no tener hogar		

(A)_____ Estado de Apoyo: Mi firma certifica que yo, _____ acerca del paciente nombrado arriba proveo todo las cosas esenciales por la vivienda del paciente, y he hecho por la temporada de _____ anos/ meses.

_____

Firma del Partidario del Paciente

(B) _____Affidávit de no Tener Hogar: Yo, _____certifico que no tengo hogar, no una dirección permanente, ningún trabajo, ahorros, o bienes o ningún ingreso mas que de las donaciones de otros..

Yo por medio del documento presente reconozco que toda la información que he proporcionado es verdadera. Entiendo que dar información falsa puede resultar en la negación de ésta aplicación. También entiendo que un reporte de crédito puede ser obtenida o cualquier otro medio pueden tomar para verificar esta información. Entiendo completamente que el programa de Indigentes del Oconee Regional Medical Center es una, "Fuente de ultimo recurso" y asigno todos los beneficios de cualquier obligación. reclamos por accidente personal, negociaciones o cualquier y todos los beneficios de seguro que puedan ser pagables por enfermedades o heridas por cual Oconee Regional Medical Center haya proporcionado cuidados.

_____ _____

Firma de Paciente Fecha Testigo Fecha

Estado de la Cuenta de Financias

Por favor complete esta forma y mande de vuelta con su aplicación/ solicitud de caridad.

Clase de Cuenta	Acreedor	Cantidad/ mes
Hipoteca/ Arriendo		
Electricidad		
Agua		
Teléfono		
Cable/ Satélite		
Pago de auto(s)		
Seguro (casa, auto, vida)		
Teléfono Celular		
Internet		
Otro _____		
Otro _____		
Otro _____		
Otro _____		

Por favor ponga gastos adicionales al otro lado de la pagina. Si ha tenido algún tiempo entre trabajos, por favor escribe una explicación como ha pagado sus gastos de vivir durante el tiempo sin empleo.

Numero de Cuenta _____