

Morgan Medical Center participa en el Fondo Fiduciario de Cuidado de Indigentes de Georgia . Recibimos fondos especiales para ayudar a los pacientes calificados con sus facturas médicas. Cada año brindaremos servicios a los pacientes de forma gratuita o a una tarifa reducida. Es posible que califique para recibir ayuda del Programa de fondos fiduciarios para el cuidado de indigentes de Georgia.

Para determinar la elegibilidad inicial y/o la elegibilidad continua para el Fondo fiduciario para el cuidado de indigentes (ICTF), se debe proporcionar evidencia. Los elementos enumerados a continuación deben recibirse junto con su solicitud completa. Si necesita ayuda durante este proceso, comuníquese con Servicios Financieros para Pacientes al **(706) 342-1667 ext. 226**

Requisitos de documentación: se requiere un documento de cada categoría

- Una solicitud financiera completa y firmada: 3 páginas
- Identificación con foto Formularios aceptables (solo identificaciones gubernamentales)
 - Licencia de conducir válida emitida por el estado
 - tarjeta de identificación del estado
 - Pasaporte
 - ID militar
 - identificación con foto de la escuela
 - Visa o Tarjeta de Residente Extranjero
- Prueba de residencia
 - Facturas de servicios públicos como electricidad, gas, agua, factura telefónica
 - Contrato de arrendamiento
 - Recibo de alquiler que muestre la dirección actual
 - Carta de cupones de alimentos
 - Credencial de elector
 - Otros documentos comerciales que verifiquen su lugar de residencia, como extractos de tarjetas de crédito, IRS, cartas de Medicaid, cartas de estudiantes de la escuela, factura de cable, factura de teléfono celular, extractos bancarios, talones de cheques con dirección física.
- Prueba de ingreso
 - Empleado: últimos 2 meses talones de cheque (paciente y cónyuge)
 - Desempleado: Salida. of Labor carta de aprobación de desempleo, o Consulta de Salarios (WG-15)
 - Trabajador por cuenta propia: 2 extractos bancarios actuales
 - Formularios de impuestos del año anterior para pacientes/cónyuge desempleados o autónomos

- **Envíe las solicitudes completas y la documentación a:**

- **Centro médico Morgan**

A la atención de: Consejero financiero del paciente

FAX: 706-431-9345

1740 Carretera del Club de Leones

Madison, Georgia 30650

- La falta de presentación de todos los documentos solicitados puede resultar en el retraso o la denegación de su solicitud. Tenga en cuenta que si se otorga asistencia financiera, solo cubrirá las facturas médicas de nuestro centro. No se aplicará a las facturas de otros proveedores médicos, hospitales o médicos, a menos que específicamente acuerden aceptarlo. **COMUNIQUESE DIRECTAMENTE CON OTROS PROVEEDORES MÉDICOS PARA PREGUNTAR SOBRE LAS OPCIONES DE ASISTENCIA.**

Evaluación financiera

Nombre del paciente _____ Fecha: _____

Activos

Cuenta corriente \$ _____

Cuenta(s) de ahorros \$ _____

Otros activos en efectivo \$ _____

Tarjetas de crédito (crédito disponible) \$ _____
\$ _____

Activos totales \$ _____ Cable \$ _____

Gastos Mensuales

Renta Hipoteca \$ _____

Servicios públicos \$ _____

Alimentos \$ _____

Teléfono celular

Ingreso bruto mensual

\$ _____

Ingresos laborales (neto) \$ _____

Ingreso del cónyuge (neto) \$ _____

Ingresos de jubilación \$ _____

Ingreso por desempleo \$ _____

Pensión alimenticia \$ _____

Manutención de niños \$ _____

Cupones para alimentos \$ _____

Beneficios gubernamentales \$ _____

Ingreso total \$ _____

Préstamo para automóvil

Seguro de automóvil \$ _____

Préstamos \$ _____

Seguro médico \$ _____

Pensión alimenticia \$ _____

Manutención de los hijos \$ _____

Tarjetas de crédito (pago mínimo) \$ _____

Comestibles \$ _____

Iglesia/Caridad \$ _____

Facturas médicas \$ _____

Gastos Totales \$ _____

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que esta solicitud se refiere a los cargos del hospital y no a los cargos del médico. También soy consciente de que solo estoy solicitando cuentas que pertenecen únicamente a Morgan Medical Center. Entiendo que mi estado financiero será reevaluado dos veces al año y requerirá una nueva solicitud para cualquier/todo tratamiento futuro que reciba.

Firma del paciente/garante

Fecha

****SÓLO PARA USO DE OFICINA ****

Número en el hogar:		Ingreso neto total:	
Recomendación:		Fecha de envío del aviso: _____	
<input type="checkbox"/> Caridad: _____ % <input type="checkbox"/> Indigente: (100%) <input type="checkbox"/> Denegado: Motivo _____		Aprobado por: _____ Fecha: _____	
CUENTA #	DOS	BALÓN ORIGINAL.	BAL AJUSTADO

Documentación financiera adicional

(Completar solo si corresponde)

Nombre del paciente _____ **Fecha:** _____

_____ **Declaración de apoyo :**

Mi firma certificará que yo, _____, proporciono todos los elementos esenciales necesarios para vivir en nombre del paciente, y lo he hecho durante un período de _____ años/meses.

Firma de la persona que apoya al paciente Relación con el paciente Fecha

_____ **Declaración jurada de personas sin hogar**

Yo, (nombre en letra de imprenta) _____ por la presente certifico que no tengo hogar, no tengo una dirección permanente, trabajo, ahorros o activos y no tengo más ingresos que las donaciones de otros.

Firma Fecha

_____ **Sin cambios en el estado financiero desde la solicitud de asistencia anterior**

Yo, (nombre en letra de imprenta) _____ por la presente certifico que no ha habido cambios en mi estado financiero (ni en el de mi cónyuge) desde mi solicitud anterior de asistencia financiera.

- Todavía estoy siendo apoyado por otro. Proporcionan todos los elementos esenciales necesarios para vivir en mi nombre, y lo han hecho durante un período de _____ años/meses.
- Todavía estoy sin hogar. No tengo hogar, no tengo una dirección permanente, trabajo, ahorros o activos y no tengo más ingresos que las donaciones de otros.
- No hay cambios en mis ingresos (o los de mi cónyuge) o el tamaño de mi hogar desde mi solicitud anterior.

Firma Fecha



1740 Lions Club Road, Madison, GA. 30650
Phone 706-342-1667, www.mmh.org

Formulario de evaluación de Medicaid

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección; _____ Teléfono # : _____

¿Actualmente tiene algún tipo de seguro? Sí o No

¿Es el paciente menor de 18 años? Sí o No

En caso afirmativo, ¿quién es el garante del menor? _____

Número de **adultos** _____ y **menores de edad** _____ que viven en el hogar.

¿Eres un ciudadano de los Estados Unidos? Sí o No

Si no, ¿es usted un residente permanente legal? Sí o No

Si es así, ¿desde qué fecha? _____

Tiene más de 65 años - Sí o NO ¿Está legalmente ciego - Sí o NO ¿Está discapacitado? - Si o No

¿Alguna vez ha solicitado una discapacidad? Sí o No Si es así, ¿cuándo? _____

¿Cuál es tu discapacidad? _____ ¿Aún pendiente? _____

¿Eres víctima de un delito? Sí o No ¿Se ha presentado una denuncia policial? Si o No

¿Está actualmente embarazada o ha tenido un aborto espontáneo en los últimos 90 días? Si o No

¿Ha solicitado Medicaid recientemente? Si o No

¿Si sí, cuándo? _____

¿Cuál es el motivo de su visita al hospital?

¿Presentó declaración de renta este año? Si o No

¿Estas actualmente? Soltero - Divorciado - Casado - Separado - Viudo

Familia Ingreso bruto del mes actual \$ _____

Entiendo que esta información se considera confidencial. El único propósito de este formulario es ver si el paciente puede calificar para asistencia financiera. Si posiblemente cumple con los criterios para recibir asistencia, es posible que un representante se comunique con usted

Recursos de asistencia

Beneficios del Seguro Social (debe registrarse)

<HTTPS://WWW.SSA.GOV/SITE/SIGNIN/EN/>

Departamento de Servicios Humanos de Georgia (División de Servicios para la Familia y los Niños)

Línea de ayuda: 877-423-4746

<https://dfcs.georgia.gov>

Solicitar Medicaid

Solicitar Discapacidad

SNAP (Cupones de Alimentos)

<https://dfcs.georgia.gov/snap-food-stamps>

Asistencia de servicios públicos

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

<https://www.usa.gov/help-with-bills>

United Way – Marque 211

<https://www.unitedway.org>

El Ejército de Salvación

Atenas : 706-543-5350

<https://www.salvationarmyathens.org>

Covington : 770-786-2107

<https://www.salvationarmycovington.org>