



REGIÓN DE GEORGIA SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA GASTOS MÉDICOS

Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.
Nine Piedmont Center
3495 Piedmont Road, NE
Atlanta, Georgia 30305-1736

Para obtener ayuda o si tiene preguntas acerca del proceso de solicitud de Asistencia Financiera para Gastos Médicos, por favor llame al 1 404 949 5112 o hable con un supervisor de la Oficina de Facturación de la Oficina de Facturación de Pacientes.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha		Entrevistado por		
Nombre del paciente (apellido)		(primero)	(inicial del 2º nombre)	
Dirección			Depto. N°	
Ciudad		Estado	Código postal	
Fecha de nacimiento		Expediente médico N°		
N° de tel. (casa)	N° de tel. (trabajo)		N° de tel. (celular)	
Empleador del paciente				
Dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código postal

2. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre del cónyuge (apellido)		(primero)	(inicial del 2º nombre)	
Dirección	Depto. N°	Ciudad	Estado	Código postal
N° de tel. (casa)	N° de tel. (trabajo)		N° de tel. (celular)	
Empleador del cónyuge		Duración del empleo		
Dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código postal

3. DEPENDIENTE(S)

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación

4. INGRESOS FAMILIARES

Ingreso bruto total

\$

Fuente de ingresos

Cantidad del ingreso \$

Fuente de ingresos

Cantidad del ingreso \$

Fuente de ingresos

Cantidad del ingreso \$

Fuente de ingresos

Cantidad del ingreso \$

Comentarios

Doctor o médico clínico que le atiende

Suministros o servicios solicitados

Cambio en las circunstancias ¿Qué cambio les ha ocurrido a usted o a su familia para tener esta necesidad?

5. DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

Se deben incluir los siguientes documentos en su solicitud en el momento de su entrevista.

- Contactos de recursos comunitarios (p. ej., SNAP-Supplemental Nutrition Assistance Program, ayuda para pagar los servicios públicos, ayuda de la iglesia, etc.)
 - Nombre de la institución
 - Número de teléfono
 - Nombre de la persona contactada
 - Fecha
 - Resultados
- Los dos talones de pago y/o discapacidad más recientes (puede presentarse en lugar de los formularios W-2/ las declaraciones de impuestos)
- El formulario W-2/ la declaración de impuestos más reciente
- Dos meses completos de estados de cuentas de cheques, incluido el más reciente
- Dos meses completos de estados de cuentas de ahorros, incluido el más reciente
- Una carta de ingresos por beneficios (p. ej., del Seguro Social, por discapacidad, de desempleo)
- Manutención de menores
- Ingresos varios adicionales

Por favor adjunte los formularios W-2 del año pasado y los talones de pago de toda la familia u otras formas de verificación de ingresos. Los pacientes califican para recibir asistencia financiera cuando su ingreso familiar es igual o inferior al 400% de las Pautas Federales de Pobreza (FPG). Es posible que se requiera la evaluación de otros criterios.

Kaiser Permanente protegerá la confidencialidad de la información que usted proporcione y sólo la usará para los fines que se describen enseguida.

Certifico que la información en este formulario es correcta. Cuando se me solicite, entregaré a Kaiser Permanente cualquier documento necesario para confirmar esta información. Esta documentación podría incluir un comprobante de ingresos, comprobante de activos o ambos.

Doy mi consentimiento para que Kaiser Permanente Health Plan of Georgia, Inc. obtenga información de las agencias de informes de crédito de consumidores y otras fuentes de información con el fin de determinar la elegibilidad para programas médicos estatales, federales y privados.

Entiendo asimismo que existen circunstancias, como la revisión de cuentas de facturación y/o cobranzas, en las que Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc. no necesita la autorización del paciente para realizar investigaciones de crédito.

He leído, entiendo y estoy completamente de acuerdo con cada una de las disposiciones en este formulario y firmo enseguida como un acto libre y voluntario. He recibido también una copia de este formulario.

Firma (solicitante o representante personal del solicitante)	Fecha
Firma (testigo)	Fecha