



196 Westside Drive
P.O. Box 1227
Douglas, GA 31534-1227
(912) 384-1900
FAX: (912) 383-6917

NEGANTE

Al firmar este documento, acepto que he leído y entiendo lo siguiente así como se relaciona a mi aplicación para el Programa de Asistencia Financiera (PAF) para Coffee Regional Medical Center (CRMC).

- * Aplicaciones incompletas sin información acerca de ingreso resultaran en solicitudes negadas.
- * Asistencia financiera solo cubra cuentas para cargos hacia CRMC..
- * Es mi responsabilidad de notificar inmediatamente a Asistencia Financiera a los Pacientes, de CRMC de cualquier servicio recibido dentro de (30) días a partir de el día de la aplicación.
- * El proceso de cobro continuara sobre mi balance total que se deba, hasta notificación de aprobación.

La información proveída es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que cualquier información falsa dada por mí para recibir asistencia financiera, a la cual no me corresponde, me puede descalificar de este programa, y cualquier fondo utilizado por medio de este programa va a ser anulado.

La información proveída va a ser utilizada con el propósito de evaluar mi condición financiera y/o habilidad para pagar cuentas o cargos de servicios de hospital que he recibido de Coffee Regional Medical Center o de cualquier cuenta de la cual e firmado como garante. Autorizo a mi empleador a mostrar información en relación a mi ingreso mensual, la cual sea necesaria para determinar mi necesidad financiera. Estoy de acuerdo en notificar a Coffee Regional Medical Center acerca de cualquier cambio de estatus financiero el cual afecta mi plan de pago. Al solicitar asistencia financiera, autorizo a Coffee Regional Medical Center a tener acceso a mi historia de crédito.

Firma de el Apicante: _____

Fecha: _____

No Escriba. Para uso de empleados de el hospital.

Summary and Analysis Description

1. Annual Family Income \$_____ Approved Date _____
2. Number in Household _____ Denied Date _____
3. % of Charity Allowed _____ **(Does not meet financial guidelines)**
4. Adjustment Code _____ Medicare () Yes

() Initial App FAP Staff Signature: _____ Date Notice Mailed: _____

() Re-Validation {after 90 days of initial application} () Re-Consideration

() In person () On phone () Changes **Notate on 1st page of application**

PFS Staff Signature: _____ Re-Validation Date : _____ *Send to FAP.

FAP Staff Signature: _____ Approved Date _____

% of Charity Allowed _____ Denied Date _____

Adjustment Code _____ **(Does not meet financial guidelines)**

Pending: _____

Request Date: _____ () In person () On phone () By letter Staff Initials _____



APLICACION PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Aplicante/Paciente: _____

de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Direccion de Correo: _____

Cuidad /Estado: _____ Codigo Postal : _____

Direccion de Casa: _____

Ciudad/Estado: _____ Codigo Postal: _____

Tel De Casa: () _____ - _____

Celular: () _____ - _____

Nombre miembros de la familia (definido como aplicante, esposo(a), y todos los dependientes permitido por el gobierno federal)

Nombre de el Miembro de Familia	Fecha De Nacimiento	Genero	Relacion al Paciente	Numero de Seguro Social	Trabaja Si/No	Ingreso Neto Mensual
			Paciente			

Otro Ingreso que Usted Reciva Mensualmente:

SSI (Ingreso Suplementario de Seguro) \$ _____
 SSDI (Seguro Social de Discapacidad) \$ _____
 Ingreso de Desempleo \$ _____
 Estampillas de Alimentos \$ _____
 Welfare (AFDC) \$ _____
 (VA) Beneficios de Veterano \$ _____
 Pensiones/Beneficios de Retiro \$ _____
 Manutencion de Niños \$ _____
 Intereses/Dividendos de Inversiones \$ _____
 Otro Ingreso: \$ _____

Propiedades:

Cuenta(s) de Ahorro \$ _____
 Cuenta(s) de Cheque \$ _____
 Volsa de Valores (al valor de el mercado) \$ _____
 Certificado de Deposito(s) \$ _____
 Vehiculos Recreacionales \$ _____
 Autos/Camionetas \$ _____
 Otra Propiedad: \$ _____

Gastos Mensuales de el Hogar:

HIPOTECA/RENTA:
 Pago de Hipoteca/Renta Mensual \$ _____
 Impuestos de Propiedad/Seguro
 Valor Monetario de la Casa \$ _____
UTILIDADES: (agua, basura, electricidad, gas, cable, y telefono/celular) \$ _____
ALIMENTACION: \$ _____
PAGO TOTAL DE AUTOMOBILES:
 1ER Pago de Automobil \$ _____
 2ndo Pago de Automobil \$ _____
TARJETAS DE CREDITO: \$ _____
PRESTAMOS: \$ _____
PAGO MENSUAL DE SEGURO:
 Vida \$ _____
 Medico \$ _____
GASTOS DE SALUD MEDICA:
 Cuentas Medicas \$ _____
 Cuestas Dentales \$ _____
 Prescripciones \$ _____
GASTOS DE CUIDADO DE NIÑO(S): \$ _____
OTROS GASTOS: \$ _____

Si usted no tiene ingresos, porfavor explique la forma en la cual paga por alimentos y vivienda:

Porfavor lea el reverso de esta pagina ►