

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera



- Paciente Nuevo
- Visita Norm Procedimiento
- Paciente Establecido
- Visita Norm Procedimiento

La falta de presentación de la documentación requerida resultará en una solicitud incompleta

Informacion De Filtrado

¿Necesita un intérprete? SI No *Indique el idioma preferido::*

El paciente tiene aseguranza medica? SI No

EL paciente recibe solicitudes como TANF, comida basica, or WIC? SI No

Servicios cubiertos: Visitas clinicas, MRIS, EMG, EEG y Botox. **Nota:** El trabajo de laboratorio no esta cubierto.

- Su cuenta debe estar en buen estado con ANI antes de solicitar Asistencia Financiera

Tome Nota

- Aplicaciones completas mandar en correo electronico a: financialassistance@atlneuroinstotute.org

- No podemos garantizar que califique para asistencia financiera. Si se prestan servicios, usted será responsable de los honorarios
- Una vez que envíe su solicitud, podemos verificar toda la información y puede que solicitemos información adicional o prueba de ingresos
- Dentro de los 14 días naturales posteriores a la recepción de su solicitud y documentación completas, le notificaremos si califica.
- No hay aprobaciones el mismo día

PATIENT AND APPLICANT INFORMATION

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
<input type="radio"/> Hom. <input type="radio"/> Mujer	Numero de Registro Medico	Fecha De nacimiento	Numero De Seguro Social
Direccion			
_____ _____ _____		Area Code Telefono (____) _____ (____) _____ Correo Electronico:	
Ciudad	State	Codigo Post.	
Estado De Empleo <input type="radio"/> SSDI/SSI <input type="radio"/> Empleado (desde cuando): <input type="radio"/> Cuanto tiempo desempleado <input type="radio"/> Trabajo propio <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Desabilitado <input type="radio"/> Retirado <input type="radio"/> Otro:			

FAMILY INFORMATION

"Por favor, proporcione una lista completa de todos los miembros de la familia que residen en su hogar, incluyendo a usted mismo, en el momento de la solicitud."

Tamano de Familia _____ *Adjunte una página adicional si es necesario.*

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relacion al Paciente	Nombre del(s) empleador(es) o fuente de ingresos.	Ingreso mensual bruto total (antes de impuestos).	Aplicando para ayuda financiera.
					<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Todos los ingresos de la familia deben ser divulgados. Ingresos incluyen:

- Sueldos
- SSI/SSDI
- Desempleo
- Empleo por propia cuenta
- Worker's compensation
- Desabilidad
- Pension
- Pension alimentaria
- Programa de trabajo y estudio
- Pension
- Cuenta de jubilacion
- Otros ingresos:

información sobre ingresos

RECUERDE: Debe incluir prueba de ingresos con su solicitud. Las solicitudes incompletas no serán procesadas.

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. La verificación de ingresos es necesaria para determinar la asistencia financiera. Todos los miembros de la familia de 18 años o más deben revelar sus ingresos. **Por favor, proporcione por lo menos dos fuentes de ingreso.**

Ejemplos de prueba de ingresos incluyen:

- Un estado de retención "W-2"; o
- Talones de pago actuales (3 meses); o
- Extractos de cuentas corrientes y de ahorros (3 meses); o
- La declaración de impuestos del año pasado

información sobre ingresos

"Los siguientes ejemplos de prueba de ingresos requieren, en su mayoría, los 3 estados de cuenta bancarios más recientes:"

- Carta de terminación de empleo de empleadores u otros (carta de apoyo) que indique su situación financiera actual y circunstancias si no tiene prueba de ingresos; o
- Formularios que aprueben o nieguen la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Formularios que aprueben o nieguen la compensación por desempleo

"INFORMACIÓN SOBRE GASTOS MENSUALES (Por favor, adjunte otra página para enumerar otras deudas, si es necesario.)"

"Usamos esta información para obtener una imagen más completa de su situación financiera."

Renta/Hopteca	\$	"Gastos médicos	\$
Aseguranza	Premiums	Servicios públicos"	
\$ "Otras deudas/gastos.		pensión,préstamos,medicamentos,	\$

ASSET INFORMATION (not considered for financial assistance qualification but is used for other programs)

Saldo actual de la cuenta de cheq	\$	¿Tiene su familia estos otros activos? Por favor, marque todos los que correspondan.
Saldo actual de la cuenta de ahor.	\$	<input type="checkbox"/> Accion <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro de salud <input type="checkbox"/> Comisos
		<input type="checkbox"/> Propiedades fuera de su primaria <input type="checkbox"/> Negocio Propio

Informacion Adicional

Por favor, proporcione otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que conociéramos, como información financiera, dificultades, ingresos estacionales o temporales, o perdida personal.

ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que el Instituto de Neurociencia de Atlanta puede verificar la información revisando información crediticia y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago. Afirmo que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información que proporciono es falsa, el resultado será la negación de la asistencia financiera, y yo seré responsable y estaré obligado a pagar por los servicios proporcionados

Nombre de la persona que solicita

Fecha

Office Use only/Solo para uso de la oficina:

Approved by: _____

Financial Assistance Type: _____

Date approved through: _____ Duration of financial assistance: _____