



Fecha:

Ref.:

Estimado(a)

Adjunto una solicitud para el Programa de Asistencia Económica, además de una copia de las Normas de asistencia económica de Northside. Nuestro Programa de Asistencia Económica se basa en el ingreso bruto del grupo familiar. El ingreso bruto del grupo familiar incluye el total de los ingresos de los doce (12) meses anteriores, que, por ejemplo, comprende todas las entradas económicas o sueldos, compensación por desempleo, compensación laboral, asistencia del seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pensión o ingresos por jubilación, pensión alimenticia y custodia de los hijos.

Complete la información requerida en esta solicitud y envíela, junto a la prueba de ingresos y gastos, a la siguiente dirección:

Northside Hospital Business Office  
1001 Summit Blvd NE Suite 150  
Atlanta, Georgia 30319  
Atención: Financial Assistance

Para completar una aplicación electrónicamente, por favor entrar a esta página web:  
<https://northside.patient.fae-app.com/NorthsideHospital>

La agradecemos su atención inmediata a este asunto. Si tiene alguna pregunta no dude en comunicarse con nosotros al (404) 851-6500, de lunes a viernes entre las 9:00 a.m. y las 4:00 p.m.

Atentamente,

Asesor de ayuda económica  
Oficina de Administración  
Northside Hospital

**Para que se tome en consideración su solicitud de ayuda económica, debe completar los formularios adjuntos y devolverlos con la documentación adicional dentro de un plazo máximo de 10 días a partir de haberlos recibido. El procesamiento de la información toma de 30 a 60 días.**

**MEDICAL RECORD/ACCOUNT NUMBER:** \_\_\_\_\_  
HISTORIA CLÍNICA o NÚMERO DE CUENTA

**PATIENT/GUARANTOR NAME:** \_\_\_\_\_ **D.O.B.** \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE PACIENTE O GARANTE: Fecha de nacimiento

**SPOUSE/PARTNER NAME:** \_\_\_\_\_ **D.O.B.** \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CÓNYUGE O DE LA PAREJA Fecha de nacimiento

**ADDRESS / DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**PHONE / TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **ALT PH# / TELÉFONO ALTERNATIVO** \_\_\_\_\_

**State of Residency/Estado de Residencia:** \_\_\_\_\_

**Insurance Carrier/Seguro Medico:** \_\_\_\_\_

**FAMILY INCOME DATA / DATOS DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR:**

**List Number of Family Members in House Hold: Monthly Income Per Family Member:**  
Cantidad de miembros en la familia Ingreso mensual por persona en la familia:

<b>Single Individual</b> Una sola persona	_____	_____
<b>Husband/Partner</b> Esposo o pareja	_____	_____
<b>Wife/Partner</b> Esposa o pareja	_____	_____
<b>Children (under 18)</b> Niños (menores de 18 años)	_____	_____
<b>Other Dependants</b> Otras personas dependientes	_____	_____
<b>Total:</b>	_____	_____

**OTHER INCOME / OTROS INGRESOS:**

**List Monthly Income Amount**  
Indique la cantidad de ingreso mensual

<b>Alimony/ Child Support</b> / Pensión alimenticia o custodia de hijos	_____
<b>Social Security/ Pension</b> / Asistencia del Seguro Social o pensiones	_____
<b>Public Assist / Food Stamps</b> / Asistencia pública o vales para alimentos	_____
<b>Unemployment/Workers Comp</b> / Compensación por desempleo, compensación laboral	_____
<b>Other Sources (specify)</b> / Otras fuentes de ingreso (especifique)	_____
<b>Total Income</b> / Total de ingresos	_____

**MONTHLY EXPENSES / GASTOS MENSUALES:**

**Payment Amount / Total de pagos**

<b>Rent or Mortgage (Primary and Secondary)</b> / Alquiler o hipoteca (primaria y secundaria)	_____
<b>Utilities Standard Deduction (Electric, Gas, Water)</b> Deducción estandarizada por servicios públicos (electricidad, gas, agua)	_____
<b>Health Insurance/Life Insurance</b> / Seguro médico o seguro de vida	_____
<b>Medical Bills (Non Northside Hospital)/Pharmacy Report</b> Facturas médicas (no de Northside Hospital)/Informe de la farmacia	_____
<b>Child Care/ Adult Care</b> / Cuidado de niños o adultos	_____
<b>Government Tax Payments</b> / Pagos de impuestos al gobierno	_____

**The undersigned hereby acknowledges the information in this statement to be true and correct to the best of my (our) knowledge. Please note that all applications for financial assistance are subject to verification of employment, obtaining credit bureau reports, other verification process or resources which may be necessary in order to substantiate your financial status.** / Por la presente, los que firman a continuación reconocen que la información aquí declarada es verdadera y correcta según nuestro leal saber y entender. Tenga en cuenta que todas las solicitudes para asistencia económica están sujetas a verificación de empleo, obtención de informe de la oficina de crédito u otros métodos o recursos de verificación que puedan ser necesarios a fin de corroborar su situación económica.

\_\_\_\_\_  
**RESPONSIBLE PARTY'S SIGNATURE**  
FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
**SPOUSE'S/PARTNER SIGNATURE**  
FIRMA DEL CÓNYUGE O PAREJA

Para que se tome en consideración su solicitud, debe devolverla dentro de un periodo de 10 días a partir de recibido.

**CABE DESTACAR QUE SIN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS NO SE EVALUARÁ NI SE PROCESARÁ SU SOLICITUD:**

**1) PRUEBA DE RESIDENCIA: Proporcione prueba de residencia en Georgia, Alabama, Florida, Carolina del Norte, Carolina del Sur o Tennessee.**

Proporcione uno de los siguientes:

- Licencia de conducir o identificación estatal del estado de Georgia, Alabama, Florida, Carolina del Norte, Carolina del Sur o Tennessee; o
- Otra documentación que establezca residencia en el estado de Georgia, Alabama, Florida, Carolina del Norte, Carolina del Sur o Tennessee

**2) PRUEBA DE INGRESOS: TACHE Y OCULTE SU NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL EN LOS DOCUMENTOS QUE ENVÍE.**

Proporcione uno de los siguientes:

- Los estados de cuenta bancarios más recientes de sus cuentas corrientes y de ahorros, tanto personales como de negocios.
- Recibo de pago reciente
- Formulario W-2 más reciente
- Verificación por escrito de salario, proporcionada por el empleador
- Verificación por escrito de las agencias de bienestar público (*welfare*) y de otros organismos gubernamentales que puedan dar fe de la situación de ingresos brutos del paciente durante los últimos 12 meses.
- La carta donde se le concede el beneficio de seguro social
- Verificación de ingresos por pensión o jubilación
- Pensión alimenticia o custodia de los hijos por orden de tribunal o fallo de divorcio
- Notificación de ingresos por desempleo
- Notificación de rescisión de contrato laboral y solicitud de estatus de desempleo del estado de Georgia
- Carta de apoyo notariada: Si el paciente no tiene ingresos brutos, debe presentar documentación por escrito de la o las personas o entidades que le dan manutención o cubren sus necesidades básicas (alimentación, albergue, ropa)
- Los pacientes que soliciten ayuda por indigencia médica tienen que presentar evidencia de activos
- Para verificar estatus de estudiante, presente copia del horario de clases, información de inscripción y copia de documento de identificación como estudiante (con foto)

**SI NO TIENE INGRESOS NI NINGÚN OTRO MEDIO DE SUSTENTO, PRESENTE UNA CARTA O DOCUMENTO DE LA O LAS PERSONAS O ENTIDADES QUE LE AYUDAN CON LOS GASTOS DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE SUBSISTENCIA.**

**3) COPIAS DE RECIBOS DE ALQUILER O HIPOTECA, SEGURO MÉDICO, FACTURAS MÉDICAS, CARGOS DE FARMACIAS Y CUIDADO DE NIÑOS. ADEMÁS INCLUYA COMPROBANTE O COPIA DE ESTADOS DE CUENTAS RELACIONADOS CON LOS GASTOS MENCIONADOS. SIN ESTA DOCUMENTACIÓN NO PODREMOS EVALUAR SU SOLICITUD.**

**NO INCLUYA NADA QUE SEA DESCONTADO DE SU CHEQUE DE INGRESOS**

**PARA CUALQUIER NOTA O COMENTARIO ADICIONAL, AGREGUE UNA CARTA.**

**4) SI USTED TIENE UN SEGURO MEDICO, POR FAVOR PROVEER UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO MEDICO ACTUAL (FRENTE Y DETRAS)**