



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

PLEASE PRINT

COMPLETE TODAS LAS SECCIONES

PLEASE COMPLETE ALL SECTIONS

INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD <i>APPLICATION INFORMATION</i>	EXPEDIENTE MÉDICO N.º: <i>MR#</i>	N.º DE SEGURO SOCIAL: <i>SOCIAL SECURITY #</i>
FECHA: ____ / ____ / ____ <i>DATE</i>		
FECHA DE SERVICIOS PREVIOS: ____ / ____ / ____ <i>DATE OF SERVICE PAST</i>		
NOMBRE (APELLIDO[S], NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE): <i>NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)</i>		

DIRECCIÓN: *ADDRESS*

NÚMERO / *NUMBER*

CALLE / *STREET*

N.º DE APARTAMENTO / *APT. #*

CIUDAD: *CITY* **CONDADO:** *COUNTY* **ESTADO:** *STATE* **CÓDIGO POSTAL:** *ZIP*

TELÉFONO DE LA CASA: ()
HOME TELEPHONE #

TELÉFONO DEL TRABAJO: ()
WORK TELEPHONE #

SEXO: *SEX* **FECHA DE NACIMIENTO:** *DATE OF BIRTH* **LUGAR DE NACIMIENTO:** *PLACE OF BIRTH*

____ / ____ / ____
(MES / DÍA / AÑO) (MONTH / DAY / YEAR)

(CIUDAD/ESTADO) (SI ES LOCAL, NOMBRE DEL HOSPITAL)
(CITY/STATE) (IF LOCAL, NAME OF HOSPITAL)

RAZA: _____ **RELIGIÓN:** _____ **IDIOMA DE PREFERENCIA:** _____
RACE *RELIGION* *PRIMARY LANGUAGE*

ESTADO CIVIL: NUNCA ESTUVO CASADO CASADO SEPARADO DIVORCIADO VIUDO
MARITAL STATUS *NEVER MARRIED* *MARRIED* *SEPARATED* *DIVORCED* *WIDOWED*

¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO ANTERIORMENTE EN GRADY? Sí No
HAVE YOU BEEN TREATED PREVIOUSLY AT GRADY? *YES* *NO*

SI RESPONDIÓ "No", NOMBRE DE SOLTERA DE SU MADRE: *IF NO, MOTHER'S MAIDEN NAME*

EMPLEADOR: _____
EMPLOYER *NOMBRE DE LA EMPRESA / COMPANY NAME* *DIRECCIÓN / ADDRESS* *NÚMERO DE TELÉFONO / PHONE #*

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____
INSURANCE COMPANY *NOMBRE / NAME* *N.º DE GRUPO / GROUP #* *N.º DE PÓLIZA / POLICY #*

OTRA COBERTURA DE SEGURO: *OTHER INSURANCE COVERAGE* _____

HOSPITAL / SEGURO MÉDICO DEL CÓNYUGE: *SPOUSE'S HOSPITAL / MEDICAL INSURANCE* Sí / *YES* No / *NO*

COMPAÑÍA DE SEGUROS: *INSURANCE COMPANY* _____

N.º DE MEDICARE: # _____ N.º DE MEDICAID: # _____

N.º DE DEPENDIENTES (MENORES DE 18 AÑOS): # OF DEPENDENTS (UNDER 18) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____
EMERGENCY CONTACT RELATIONSHIP

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: () _____
ADDRESS NÚMERO / NUMBER CALLE / STREET N.º APARTAMENTO / APT. # PHONE #

CIUDAD: CITY _____ ESTADO: STATE _____ CÓDIGO POSTAL: ZIP _____

**** INFORMACIÓN FINANCIERA **** FINANCIAL INFORMATION

INGRESOS BRUTOS (PROPIOS) \$ _____ MARQUE UNO CON UN CÍRCULO: SEMANA / QUINCENA / MES
GROSS (SELF) INCOME \$ CIRCLE ONE WEEKLY BI WEEKLY MONTHLY

INGRESOS BRUTOS (CÓNYUGE) \$ _____ MARQUE UNO CON UN CÍRCULO: SEMANA / QUINCENA / MES
GROSS (SPOUSE) INCOME \$ CIRCLE ONE WEEKLY BI WEEKLY MONTHLY

SÓLO PARA USO INTERNO. INGRESOS ANUALES: FOR INTERNAL USE ONLY. ANNUAL INCOME _____

DECLARACIÓN JURADA: Por la presente, juro que la información que he proporcionado, relativa a mi situación financiera y de residencia legal, según se ha registrado en mi presencia, es absolutamente cierta y puede ser verificada por un representante autorizado del Sistema de Salud Grady. Por la presente autorizo la revelación de mi solicitud de ayuda financiera, así como de mi información y de mis expedientes financieros, a empresas de auditoría externa para su adecuada revisión/auditoría. Así mismo acepto que, como condición para cualquier tratamiento -presente o futuro- en el Sistema de Salud Grady, haré todo lo necesario para solicitar y obtener cobertura de terceras partes para la que pueda resultar elegible (tal como Medicare, Medicaid, Ayuda Estatal por Cáncer, Víctimas de Delitos, etc.), para pagar los servicios hospitalarios y los suministros que reciba.

Entiendo y acepto que un representante del Sistema de Salud Grady puede verificar, en cualquier momento, toda la información que yo haya proporcionado a Grady. Esto puede incluir la obtención de un informe de crédito, la verificación de mi empleo, salario, activos y cualquier otra información que yo aporte. También acepto informar a un representante del Departamento de Asesoría Financiera de cualquier cambio en mis ingresos y/o cobertura de seguro, durante mi período de ayuda financiera.

AFFIDAVIT: *I hereby swear that the information I have given related to my legal residence and financial condition, as recorded in my presence, is absolutely true and that it may be verified by an authorized representative of the Grady Health System. I hereby consent to the release of my financial assistance application, financial information and record to external auditing firms for appropriate review/audit. I further agree that as a condition of any present and future treatment at the Grady Health System, I will take all actions necessary to pursue and obtain any third party coverage for which I may be eligible (such as, Medicare, Medicaid, Cancer State Aid, Crime Victims, etc.) to pay for hospital services and supplies provided to me.*

I understand and acknowledge that a representative of Grady Health System may verify, at any time, any information provided by me to Grady. This may include obtaining a credit report, verifying employment, salary, assets and other information that I may provide. I also agree to report any changes in my income and/or insurance status during my financial assistance period to a representative in the Financial Counseling Department.

FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE / SIGNATURE OF PATIENT / PATIENT REPRESENTATIVE

FIRMA DEL ASESOR FINANCIERO / SIGNATURE OF FINANCIAL COUNSELOR