



PERFIL DE ESTADO FINANCIERO

Nombre: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_
Empleador: \_\_\_\_\_ Años trabajando: \_\_\_\_\_
¿Casado? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Nombre de su cónyuge: \_\_\_\_\_
Número de dependientes (incluido usted): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL CÓNYUGE Y/U OTROS MIEMBROS DEL HOGAR

Salario: \$ \_\_\_\_\_
Esto es por: \_\_\_ Hora \_\_\_ Mes \_\_\_ Año
Desempleo: \$ \_\_\_\_\_
Incapacidad o Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_
AFDC: \$ \_\_\_\_\_ Mantención de menores: \$ \_\_\_\_\_
Cuenta de ahorros: \$ \_\_\_\_\_
Cuenta de cheques: \$ \_\_\_\_\_
Otros: \$ \_\_\_\_\_

Salario \$ \_\_\_\_\_
Esto es por: \_\_\_ Hora \_\_\_ Mes \_\_\_ Año
Desempleo: \$ \_\_\_\_\_
Incapacidad o Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_
AFDC: \$ \_\_\_\_\_ Mantención de menores: \$ \_\_\_\_\_
Cuenta de ahorros: \$ \_\_\_\_\_
Cuenta de cheques: \$ \_\_\_\_\_
Otros: \$ \_\_\_\_\_

Por favor, marque a continuación los servicios que recibió de Emory

- \_\_\_ Emory University Hospital/Emory University Orthopaedics and Spine/ Emory Rehabilitation Hospital/Emory University Hospital Midtown, Emory University Hospital Smyrna/Emory Saint Joseph’s Hospital of Atlanta/Emory Johns Creek Hospital
\_\_\_ The Emory Clinics/Emory Specialty Associates
\_\_\_ Emory Decatur Hospital/Emory Hillandale Hospital/Emory Long Term Acute Care

POR FAVOR ENVÍE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS (según se aplique) CON ESTE FORMULARIO:

- \_\_\_ Las dos últimas colillas de pago
\_\_\_ Todos los estados de cuenta bancarios de los dos últimos meses
\_\_\_ Declaración de impuestos del año pasado
\_\_\_ Carta de asignación de ingresos
\_\_\_ Documentos de verificación de domicilio en Georgia\*

\*Por lo menos uno de los siguientes documentos: Cuenta(s) de servicios, licencia de conducir, o tarjeta de identificación del estado de Georgia.

LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

En cualquier momento durante el proceso de solicitud, Emory puede solicitar documentación adicional, como la Carta de denegación de Medicaid, para ayudar a determinar su elegibilidad para la asistencia financiera. Si su situación financiera cambia, Emory puede pedir una nueva solicitud. La determinación de elegibilidad para asistencia financiera será efectiva por un máximo de 12 meses. Se necesita una nueva solicitud para volver a determinar su elegibilidad para recibir asistencia financiera después del período máximo de aprobación de 12 meses.

Cualquier tergiversación de la información anterior puede causar la denegación retroactiva o la reducción de la asistencia financiera y hacer que el paciente o garante se hagan responsables. Además, Emory Healthcare se reserva el derecho de



evaluar de vez en cuando la elegibilidad de algún paciente de acuerdo con la política de asistencia financiera de Emory Healthcare y de ajustar la cuenta del paciente según sea necesario.