

EMORY
HEALTHCARE
ESTADO DE PERFIL FINANCIERO

Enviar a: Emory Hospitals
Attn: Customer Service
PO Box 406864
Atlanta, GA 30384

Nombre: _____ No. de Seguro Social _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ Telefono: _____

Empleador: _____ Años Empleado: _____

Casado? Si No Nombre del Conyugue: _____

Numero de Dependientes (*incluyendose a usted*): _____ Ages: _____

INFORMACION DE INGRESOS DEL PACIENTE

Salario: \$ _____

Pagado por: Hora Mensual Anual

Ingreso por Desempleo: \$ _____

Desabilidad o Seguro Social: \$ _____

AFDC: \$ _____ Pago de Apoyo Infantil: \$ _____

Annuities /Stocks / CD's / Pensions / 401K/403B /
Distribucion de Retiro \$ _____

Cuenta de Ahorros: \$ _____

Cuenta Bancaria: \$ _____

Otros: \$ _____

INFORMACION DE INGRESOS DE EL/LA CONYUGUE

Salario: \$ _____

Pagado por: Hora Mensual Anual

Ingreso por Desempleo: \$ _____

Desabilidad o Seguro Social: \$ _____

AFDC: \$ _____ Pago de Apoyo Infantil: \$ _____

Annuities /Stocks / CD's / Pensions / 401K/403B /
Distribucion de Retiro \$ _____

Cuenta de Ahorros: \$ _____

Cuenta Bancaria: \$ _____

Otros: \$ _____

OTROS INGRESOS DE HOGAR

Desempleo: \$ _____ Desabilidad o Seguri Social: \$ _____ AFDC: \$ _____

Pago de Apoyo Infantil: \$ _____ Cuenta de Ahorros: \$ _____ Cuenta Bancaria \$ _____

Otros: \$ _____

GASTOS DOMESTICOS POR MES

Hipoteca/Renta: \$ _____ Auto: \$ _____ Gas: \$ _____ Electricidad: \$ _____

Agua: \$ _____ Eliminacion/Basura: \$ _____ Telefono: \$ _____ Cable: \$ _____

Comestibles: \$ _____ Medico/Medicina: \$ _____ Otro: \$ _____

POR FAVOR SUMITIR LO SIGUIENTE ADJUNTO CON ESTA APLICACION:

Los Dos ultimos Talones de Pago Los Dos Ultimos Estados de la Cuenta Bancaria

La Declaracion Fiscal de Renta del Año Anterior Carta de Ingresos

LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA:

Firma: _____ Fecha: _____

Cualquier representacion falsa que dio en la informacion anterior puede resultar en la negacion retroactiva o reduccion de asistencia financiera, y el paciente o fiador seran responsables por los pagos facturados. Ademas, Emory Healthcare reserve el derecho de evaluar la elegibilidad del paciente debajo de esta poliza ocasionalmente y ajustar la cuenta del paciente si es necesario.