

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Años empleado: \_\_\_\_\_  
¿Está casado(a)?  Sí  No Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_  
Número de dependientes (inclúyase usted): \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_  
Número de integrantes del hogar: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL/DE LA PACIENTE**

Salario: \$ \_\_\_\_\_  
Esta cantidad es:  por hora  mensual  anual  
Seguro de desempleo: \$ \_\_\_\_\_  
Seguro Social o discapacidad: \$ \_\_\_\_\_  
AFDC (Ayuda a las familias con hijos dependientes):  
\$ \_\_\_\_\_ Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_  
Cuenta de ahorro: \$ \_\_\_\_\_  
Cuenta corriente: \$ \_\_\_\_\_  
Otro: \$ \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL CÓNYUGE Y DE OTROS INTEGRANTES DEL HOGAR**

Salario: \$ \_\_\_\_\_  
Esta cantidad es:  por hora  mensual  anual  
Seguro de desempleo: \$ \_\_\_\_\_  
Seguro Social o discapacidad: \$ \_\_\_\_\_  
AFDC (Ayuda a las familias con hijos dependientes):  
\$ \_\_\_\_\_ Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_  
Cuenta de ahorro: \$ \_\_\_\_\_  
Cuenta corriente: \$ \_\_\_\_\_  
Otro: \$ \_\_\_\_\_

**ENVÍE LOS DOCUMENTOS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN (según corresponda) JUNTO CON ESTE FORMULARIO para Paciente/Cónyuge:**

**Ingresos**

- Últimos dos talones de pago
- Declaración de impuestos del año pasado o comprobante de exención
- Carta de adjudicación de ingresos

**Activos**

- Todos los extractos bancarios de los últimos dos meses (cuentas de ahorros y corrientes)
- Todos los extractos de cuenta de inversiones/fondos mutuos/cuentas del mercado monetario de los últimos dos meses
- Extractos de cuentas de jubilación de los últimos dos meses
- Todos los títulos/documentos de registro de vehículos
- Todas las pólizas de seguro de vida
- Documentación de activos comerciales
- Documentación de fideicomisos
- Documentación de residencia no principal

LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA:

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

En cualquier momento durante el proceso de solicitud, Emory puede solicitar información o más documentación para determinar su elegibilidad para la Asistencia Financiera. Si sus circunstancias financieras cambian, Emory también le exigirá que presente una solicitud nueva. Las aprobaciones de asistencia financiera son válidas por un máximo de 6 meses. Para mantener la elegibilidad, los pacientes deben cooperar plenamente con todos los proveedores autorizados por Emory, que ayudan a determinar la elegibilidad para los programas federales, estatales y de ACA. El hecho de proporcionar información falsa, incompleta o engañosa resultará en la denegación o reducción retroactiva de la asistencia financiera, y usted puede ser responsable del saldo resultante. Emory Healthcare también se reserva el derecho de examinar su elegibilidad bajo la Política de Asistencia Financiera en cualquier momento y de hacer ajustes en su cuenta según sea necesario.