

TANNER MEDICAL CENTER
705 DIXIE STREET
CARROLLTON, GA 30117
Phone # (770) 812-5795

El sistema de Salud Tanner reconoce la forma inesperada situaciones medicas pueden afectar finanzas. Ofrecemos una variedad de opciones para ayudar con sus cuentas medicas incluida la asistencia para aquellos que no estan asegurados o tienen un equilibrio después de el seguro.

PARA SER CONSIDERADOS PARA UNO DE LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA, RELLENE LA APLICACION Y MANDE COPIAS DE LOS SIGUIENTES:

- **Impuestos Federales**
- **Verificacion de Ingresos: incluir todo que aplicar**
3 actual talons de sueldo, prueba de desempleo, compensacion a trabajadores, apoyo al niño, cupones de alimentos, ingresos por alquiler La Seguridad Social, La capacidad, beneficios de VA, pension, annuities, etc.
O cualquier otra fuente de ingresos.
- **3 declaraciones de Banco Reciente, incluido el ahorro y el control**
- **Otros bienes, propiedades, IRAs, CDs, acciones y bonos.**

AVISO – Las Solicitudes se basan en ingreso familiares, por favor incluya cualquier de los anteriores que se aplica a todos los miembros de la familia.

El Sistema de Salud Tanner necesita proporcionar documentacion especifica para confirmar su participacion en cualquier programa de asistencia. Su atención inmediata y oportuna respuesta es crucial. Aplicaciones incompletas de regaciones y el saldo de la cuenta seran responsabilidad de los pacientes.

***Despues de la revision inicial de su informacion financiera, su caso puede ser referrecd a Firstsource a quien le ayudara con el proceso de aplicación para beneficiarse de un o de varios programas de el gobierno. Firstsource es un programa gratis de referral por El Sistema de Salud Tanner. Es vital para el proceso de aplicacion que cooperan con Firstsource a proporcionar toda los documentos solicitada lo mas rapidamente posible. ***

Puede ser contactado por un representante de Tanner para discutir su aplicacion o para obtener imágenes de informacion financiera.

Por favor mande la aplicacion con todos los documentos a la direccion:

Tanner Medical Center
Business Office
Attn: Patient Financial Counselor
705 Dixie Street
Carrollton, GA 30117

**Tanner Health System
Financial Analysis for Credit**

(eligible for Medicaid)

Fecha: _____ Ninos/dependiente en la casa _____
Nombre: _____
de paciente _____

Informacion de Garante (Guarantor Information)

Nombre: _____ # En la Casa: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ # Seguridad social: _____
Telephono: _____ Alquiler/Posee: _____ Cuanto tiempo en esta direccion: _____
Empleado por: _____ Cuanto tiempo _____ Posicion: _____
Telephono de empleador: _____ Contacte a persona: _____

Padre de conyuge u otro Pariente (Spouse, Parent or Other Relative)

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ # Seguridad social: _____
Empleado por: _____ Cuanto tiempo _____ Posicion: _____
Telephono de empleador: _____ Contacte a persona: _____

Informacion Financiera (Financial Information)

Valores en Efectivo

La Cuenta Corriente bancaria con: _____ La cuenta #: _____ Equilibro: _____
La Cuenta de ahorro con: _____ La cuenta #: _____ Equilibro: _____
Acciones/Vincula: _____ La cuenta #: _____ Equilibro: _____
IRA/CD's: _____

Valores Tangibles

Alberga/Propiedad _____ Equilibro/Balance _____
Aterrizo/Propiedad _____ Equilibro/Balance _____
Auto _____ Equilibro/Balance _____

Informacion de Seguro (Insurance Information)

Seguro Primario _____ La # Politica _____ telefono _____
Seguro secundario _____ La # Politica _____ telefono _____
Otras policias privada/aarp.cancer/etc (rio) _____
La Politica # _____ telefono _____

Yo, _____ attest que la informacion proporciono en la forma de Fianciera de Analisis, completada por mi, o por alguien en mi beneficio, es exacta segun mileal saber y entender. Autorizo a Tanner Medica Center a obtener Financiero o otra informacion necesaria para hacer una determinacion exacta de mis recursos. Aun mas, autorizo a Tanner Medical Center a conseguir acceso ami archivo de oficina de credito si creido necesario.

Firma de Solicitante _____ **Fecha:** _____

Presencie Firma _____ **Fecha:** _____

Tanner Health System - Financial Analysis Worksheet

Income Description Monthly Income

- A. Pacientes Sueldos brutos _____
- B. Sueldo Brutos _____
 Conyuge/Otros _____
- C. Pension contributira _____
- D. Auto employeo _____
- E. Seguridad Social _____
- F. Beneficios de VA _____
- G. Beneficios de seguridal social _____
- H. Manutencion de los hijos/
 pension alimenticia _____
- I. Cupones de alimentos _____
- K. Otro: _____

- Sueldos Annual** _____
 (K times 12)
- Devolucion de impuestos** _____
- Gastos Varios** _____ (# in HH)
- Gastos Annual** _____ (R times 12)
- Resto del los ingresos** _____
- Valores en Efectivo > \$5,000 _____
 (Income less Expenses)

Yo _____, *certifico*
que la informacion anteriores verdadera y exacta

Fecha: _____

Ingreso Mensual Total _____
 Copied Tax Return

Expenses Description

- A. Alquiler o casa de los gastos _____
- B. Comida _____
- C. Electrica/Energia _____
- D. Agua _____
- E. Telefono _____
- F. Gasolina _____
- G. Prestamos a plazos _____
- H. Pago de auto _____
- I. El seguro de conche _____
- J. Tarjeta Visa _____
- K. Tarjeta de Capitol One _____
- L. Sears _____
- M. Por cable o antena _____
- N. Otors seguros de vida/cancer _____
- O. Medico _____
- P. Farmacia _____
- Q. Otro _____

Total Monthly Expenses _____

Para el suo de la Oficina
 Numero de Medicaid si es aplicable _____

3. Summary & Analysis Description

- 1. Annual Family Income _____
- 2. Number In Household _____
- 3. Applicable Guideline Used
 (Charity or Indigent) _____
- 4. Percentage of Charity Allowed % _____
- 5. Total Charges Considered
 for PFAP \$ _____
- 6. Patient's Liability for Bill \$ _____
 (# 5 less discount %)
- Patient's Acct. Adjustment \$ _____
 (#5 Charges x #4 % Charity = Adjustment)

Approved (Check) _____
 Disapproved (Check) _____
 (Does not meet financial guidelines)

Adjustment Code: _____

Account	>12 mo	Adj.	>12 mo	Account	Adj.

Check if Medicare

Interviewed By: _____ Date _____

Reviewed By _____ Date _____

Approved By: _____ Date _____

Posted Date: _____ Batch #: _____

Las Condiciones Para La Ayuda Financiera

A. **Firstsource (Eligibilidad de Medicaid Atiente a)**

Si es notificado por Firstsource usted debe completar su proceso de investigacion/aplicacion. De otro modo, Tanner podra no administrar este descuento.

B. **Gravamenes/Lercer se Divierte Obligaciones**

La ayuda financiera no suelta ni perdona ninguna cantidad debida ni el gravamen archivo por el sistema del tribunal en relacion para divertirse en tercer lugar obligacion

C. **Cambie en el Ingreso/Assest**

Los pacientes son requeridos a notificar La Oficina de negocios de dualquier cambio en el ingreso/assests.

D. **Relation de Medico/Hospital**

Los profesionales de Healthcar que realizn servicios en este hospital predan ser contratistas independientes y son responsable de sus propias acciones y facturar. El curtidor no sera liable para sus servicios.

E. **Nuevo cuentas de Hospital**

Es la (respinsibilidad de) paciente de contactar nuestra oficina cuando nuevo facturar de claraciones son recibifas.

F. **Necesidad Procedimientos/Medico Optavia**

La ayuda financiera no puede cubrir procedimientos optativos.

Comprendo y acepto los terminos listaron arriba.

Partido Paciente/Responsable

Patient/Responsible Party

Fecha

Date

El Partido Responsable si diferente de paciente

Responsible Party (if different from the patient)

Fecha

Date

01/00/00

Testigo

Witness

0

Fecha

Date