

Tift Regional Health System ofrece programas de Asistencia Financiera. Para los pacientes calificados, estos programas ofrecen una reducción total sobre las cuentas del hospital (Indigente/Programas de Caridad) o planes de pago mensuales reducidos. La determinación para la asistencia financiera total está basada en el ingreso **bruto** total, bienes disponibles, y el tamaño de la familia. Planes reducidos de pago pueden usar el ingreso **neto**. Gastos serán considerados para planes reducidos de pago **solamente**.

Además de completar su aplicación, se requerirá que presente prueba de ingreso recibido de todas las fuentes de todas las personas que viven en la casa para el programa de Indigente/Caridad **solamente**. Varios tipos de documentación son aceptados como prueba de ingreso pero no todas son requeridas. Los tipos incluidos, pero no limitados son:

- **Declaración de impuestos del año anterior (requeridos si hay dependientes menores de 21). Un Formulario de Atestiguación de Dependientes puede ser usado si usted no presentó impuestos el año anterior. Un Consejero Financiero puede proveerle este formulario o se puede imprimir desde el sitio web que se indica a continuación.**
- Talones de cheques recibidos dentro de los 3 meses de la fecha de aplicación (si a usted le pagan por semana serian 12 talones de cheques; si le pagan cada dos semanas serian 6 talones de cheques). Todos los cheques deben estar en orden consecutivo.
- Si talones de cheques o su declaración de impuestos no están disponibles, una declaración escrita del patrón, con encabezamiento, si es disponible, puede ser usado. **Debe mencionar la tasa de pago, frecuencia de pago, y número de horas trabajadas por semana.**
- Carta de otorgamiento de beneficios de Jubilación, Pensión, Seguro Social, Compensación para Trabajadores, Desempleo, Incapacidad de Corto Plazo, o Incapacidad de Largo Plazo.
- Declaración bancaria del corriente año mostrando el depósito directo de Seguro Social o de Jubilación **solamente**.
- Declaración escrita de la persona que da apoyo que incluye nombre de la persona que da el apoyo, el parentesco con el paciente, tipo de apoyo (ejemplo: dinero, cuarto, etc), y la duración del apoyo. También tienen que firmar & colocar fecha a la carta. Una plantilla se puede imprimir desde el sitio web que se indica a continuación.

**La Forma de Atestación Conyugal** es requerida para todos los aplicantes. Documentación es requerida y es descrita en la forma. Un Consejero Financiero puede proveerle esta forma o se puede imprimir desde el sitio web que se indica a continuación.

Dueños de casa/propiedades donde el valor de la propiedad es de **\$125,000** o más deberán proveer la declaración hipotecaria más reciente, si es aplicable (**solamente** si esta aplicando para el programas de Indigente/Caridad).

Quizás a usted se le requiera que aplique para otros programas de gobierno incluyendo, pero no limitado, como Medicaid e Incapacidad antes de recibir la aprobación del Indigente/Cuidado de Caridad.

Pacientes/garantes pueden aplicar para ayuda financiera en cualquier momento hasta doscientos cuarenta (240) días después de que la primera declaración de facturación posterior a la dada de alta esté disponible. Su aplicación no podrá ser tramitada hasta que **toda** la información pedida sea recibida. Aplicaciones aprobadas son válidas por doce (12) meses. Las cuentas son consideradas sobre una base individual y deben satisfacer pautas elegibles. Si su aplicación es rechazada, usted podrá reaplicar en cualquier momento con información adicional o actualizada.

Ciertos servicios provistos por Tift Regional Medical Center, Tift Regional Medical Center-West Campus, Southwell Medical Center y algunas Southwell clínicas serán cubiertos. Para ver la lista completa de instalaciones/localidades cubiertos o no cubiertos vea Apéndice A, en nuestro sitio de web que se indica a continuación.

**Servicios que están cubiertos por el plan de su aseguranza pero que son rechazados no serán elegibles para ayuda del Indigente/Cuidado de Caridad. Cuentas que fueron sometidas para acción legal o colecciones secundarias no serán elegibles para ayuda con Indigente/Cuidado de Caridad. Todas las aseguranzas aplicables, incluyendo la aseguranza de responsabilidad/auto, deben cumplirse antes de aplicar cualquier ajuste.**

**Por favor envíe toda su documentación a:**

Tift Regional Health System  
**Attn: Financial Counseling Unit**  
PO Box 807  
Tifton, GA 31793  
Fax: 229-353-6908  
Sitio Web: [www.tiftregional.com/FinancialeAssitance](http://www.tiftregional.com/FinancialeAssitance)

Los Consejero Financieros están ubicados en el Centro Medico (Physician Center) en 907 E 18<sup>th</sup> Street, Suite 190, en Tifton. Están disponibles por telefono al 229-353-6124, opción 2, para responder preguntas o ayudarlo con el trámite de su aplicación. Por favor, permita (30) días a partir del día que se recibió su aplicación completa (incluyendo los documentos de apoyo) para que su aplicación sea procesada. Una carta será mandada por correo para notificarle nuestra determinación.

# Southwell

## Política de Ayuda Financiera Resumen de Lenguaje Sencillo

Tift Regional Health System ("TRHS"), un sistema de salud sin fines de lucro, fue establecido para atender las necesidades de salud de los pacientes y las comunidades a las que servimos. TRHS se compromete a proporcionar servicios de salud a los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. TRHS reconoce que no todos los pacientes tienen los recursos financieros para pagar su factura hospitalaria. Este Resumen de Lenguaje Sencillo proporciona información básica sobre nuestra política.

### Política de Ayuda Financiera De TRHS

El Programa de Ayuda Financiera ofrece servicios de emergencia y de otro tipo médicamente necesarios sin costo alguno para los pacientes calificados. Ya sea que los pacientes no estén asegurados o con seguro insuficiente, pueden aplicar para ayuda financiera. Nuestro personal de Consejería Financiera y un servicio de terceros ayudarán a las personas a solicitar programas elegibles de seguro de salud gubernamentales y completar la solicitud de ayuda financiera, de forma gratuita. En base a la aprobación, los pacientes pueden recibir la siguiente ayuda:

Nivel de Ayuda de Pobreza	Cantidad de Ayuda
125%	100%
126%-225%	100%

Los pacientes que califican no pueden ser cobrados más de la cantidad generalmente facturada (AGB).

### Cómo Obtener Copias de Nuestra Política del Programa de Ayuda Financiera y Aplicación

Puede obtener una copia de nuestra política y formulario de solicitud de forma gratuita de las siguientes maneras:

- Sitio web de TRHS  
<http://www.tiftregional.com/>
- Visite nuestra oficina de Consejera Financiera ubicada en: Tift Physician Center  
Suite 400  
907 E. 18<sup>th</sup> Street  
Tifton, GA 31794
- Visitando una de las siguientes localizaciones de Tift Regional Medical Center:
  - Affinity Clinic-West Campus Registration
  - Tift Regional Outpatient Registration
  - En nuestro Departamento de Emergencias
- O visitando Southwell Medical Registration localizado en 260 M.J. Taylor Rd, Adel, GA 31620
- Solicite copias que se le envíen por correo o electrónicamente llamando al (229) 353-6124

opción 2

### La Política de Ayuda Financiera, la Aplicación y el Resumen de Lenguaje Sencillo Están Disponibles en Varios Idiomas

Las Políticas de Ayuda Financiera, las Aplicaciones y los Resúmenes de Lenguaje Sencillo están disponibles en los siguientes idiomas:

- Inglés
- Español

### Los proveedores que no están cubiertos por la Política de Ayuda Financiera

Ciertos médicos no están cubiertos por la Política de Ayuda Financiera de TRHS. Por favor visite nuestro sitio web o contáctenos al (229) 353-6124 opción 2 para más información.

Devuelva su solicitud completa a:  
Financial Counseling Unit  
P.O. Box 807  
Tifton, GA 31793

Si se aprueba, se aplicará la ayuda financiera a:

- Tift Regional Medical Center
- Tift Regional Medical Center, West Campus
- Southwell Medical Center, campus de Tift Regional Medical Center (Adel, GA)

**Importante:** Los pacientes/garantes pueden solicitar ayuda financiera en cualquier momento hasta (240) días hasta después de que la primera declaración de facturación posterior a la dada de alta esté disponible.



Marque la opción que indica su estado civil actual y presente la documentación requerida.

Estado Civil Actual	Fecha de Ocurrencia	<b>**Documentación Requerida **</b>
<input type="checkbox"/> Casado/Casado de nuevo		Acta de matrimonio <input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS
<input type="checkbox"/> Divorciado		Documentación judicial <input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS  a) Documento judicial (ejemplo: separacion legal, solicitud de divorcio) <input type="radio"/> b) Carta con encabezamiento de parte de una tercera persona para validar la separacion (ejemplos: funcionario de la Iglesia, oficial de la escuela, consejero matrimonial) <input type="radio"/> c) Documentación de dos domicilios residenciales (ejemplos: facturas de servicios públicos separados, renta/hipoteca con el nombre de cada uno de los últimos tres meses)
<input type="checkbox"/> Viudo		Acta de defunción <input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS
<input type="checkbox"/> Nunca casado	N/A	N/A

**\*\* Por favor presente la documentación requerida cuando entregue esta forma.**

Otro (Por favor explique): \_\_\_\_\_

---



---



---

**Al firmar esta Declaración de Verificación, yo (nosotros) certificamos que toda la información reportada es completa y precisa. ADVERTENCIA: Si usted da información falsa y engañosa a proposito en esta forma, cualquier decision favorable hecha en base de falsa información puede ser revocada...**

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 (Paciente / Persona Engargada) Fecha (Testigo-Requerido, no cónyuge) Fecha