



INFORMACIÓN IMPORTANTE

Tift Regional Health System, Inc. ofrece programas de Asistencia Financiera. Para los pacientes calificados, estos programas ofrecen una reducción total o una reducción con descuento de sus cuentas del hospital. La determinación para la asistencia financiera total está basada en el ingreso **bruto** total, bienes disponibles, y el tamaño de la familia. Además de completar la solicitud, también se requiere otra documentación mencionada a continuación para determinar su elegibilidad.

*****ORIGINALES O COPIAS CERTIFICADAS NO SON REQUERIDAS Y NO SERAN REGRESADAS*****

Se requiere **prueba de ingresos** recibidos de **todas** las fuentes de **todos** los miembros de la familia del hogar. Se aceptan varios tipos de documentación, pero no todas son obligatorias. Los tipos incluyen, entre otros:

- Declaración de impuestos del año anterior.
- Talones de cheques de los 3 meses anteriores (si le pagan semanalmente serían 12 talones de cheques; si le pagan quincenalmente serían 6 talones de cheques). Todos los talones de 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 durante los 3 meses anteriores.** La carta debe tener la fecha y firmada por el empleador y incluir un número de teléfono de contacto.
- Carta de otorgamiento de beneficios de Jubilación, Pensión, Seguro Social, Compensación para Trabajadores, Desempleo, Incapacidad de Corto Plazo, o Incapacidad de Largo Plazo
- Estado de cuenta bancario actual que muestre depósito directo, **solo** para Seguro Social o Julilación.
- 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. La carta tiene que estar firmada, debe tener la fecha, y incluir un número de teléfono de contacto
. Un modelo de declaracion se puede pedir o imprimir desde el sitio web que se indica a continuación.

El Formulario de Atestación Matrimonial es requerida para todos los aplicantes. Se requiere documentación de respaldo y se describe en el formulario. Un Consejero Financiero puede proveerle esta forma o se puede imprimir desde el sitio web que se indica a continuación.

Se requiere **pruebas de dependientes** menores de 21 años. Se aceptan varios tipos de documentación. Los tipos incluyen, entre otros:

- Declaración de impuestos del año anterior, si figura como dependiente
- Previous year's tax return, if they are listed as a dependent
- Acta de nacimiento
- Documentacion de custodia (*documentos de custodia judicial, registro de escuela, etc.*)

Dueños de casa/propiedades donde el valor de la propiedad es de \$125,000 o más, excluyendo su residencia principal, pueden proveer documentación que demuestre el monto que aún deben por cada propiedad o bienes, si corresponde.

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 se reciba toda la información/documentación requerida y todos los formularios estén firmados y con fechas. Aplicaciones aprobadas son válidas por seis (6) 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 clinicas no 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.

Los servicios cubiertos por su plan de seguro pero denegados pueden no ser elegibles para la 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 los seguros aplicables, incluido la aseguranza de responsabilidad/automóvil, deben satisfacerse antes de aplicar cualquier ajuste.

Por favor envíe toda su documentación a:

Email: pfsfinancialcounselor@tiftregional.com

Fax: 229-353-6908

Mail: Tift Regional Health System, Inc. / Attn: Financial Counseling Unit / PO Box 807 / Tifton, GA 31793

In Person: 907 E 18th Street / Suite 190 / Tifton, GA 31794 (Professional Building)

La Política de Asistencia Financiera, la aplicación, y otros documentos están disponibles para imprimir en inglés y español en nuestro sitio web, <https://mysouthwell.com/financial-assistance/>

Los Consejeros Financieros están disponibles por telefono al 229-353-6124, opción 2, para responder preguntas. **Por favor, permita (30) días** a partir del día que se recibió su aplicación completa y todos los documentos requeridos para que su aplicación sea procesada. Le enviaremos una carta por correo electrónico una vez que hayamos tomado una determinación cuando se proporcione una dirección de correo electrónico; de lo contrario, le enviaremos la carta por correo a la dirección postal registrada



TIFT REGIONAL HEALTH SYSTEM, INC (TRHS)

Tift Regional Medical Center/ Southwell Medical,
A Campus of Tift Regional Medical Center

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:

Sin Seguro (Verdadero Auto Pago)	
Nivel de Ayuda de Pobreza	Cantidad de Asistencia
<200%	100%
201%-300%	85%
301%-400%	75%
Seguro Insuficiente (Balance despues de Seguro)	
<200%	100%
201%-300%	25%
301%-400%	15%

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

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

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:

- Nuestro sitio web <http://www.mysouthwell.com/>
- Visite nuestra oficina de Consejera Financiera ubicada en:
Tift Professional Building
907 18th Street, Suite 190
Tifton, GA 31794

- Visite cualquiera de las siguientes ubicaciones del Tift Regional Medical Center:
 - Affinity Clinic-West Campus Registration
2225 US Highway 41 N.
Tifton, GA 31794
 - Tift Regional Outpatient Registration o departamento de emergencias
901 E. 18th Street
Tifton, GA 31794
- Visite Southwell Medical Registration situado en:
 - 260 M.J. Taylor Road
Adel, GA 31620
- Solicite copias llamando al (229) 353-6124, opción 2, o envíe un correo electrónico a pfsfinancialcounselor@tiftregional.com

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

Tift Regional Health System, Inc.
Financial Counseling Unit
P.O. Box 807
Tifton, GA 31793

Si es aprobado, se aplicará la ayuda financiera a:

- Tift Regional Medical Center
- Tift Regional Medical Center, West Campus
- Southwell Medical (Adel, GA)
- Otras ubicaciones se pueden encontrar en <http://www.mysouthwell.com/financial-assistance>

Importante

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. is available.



Lista de Verificación del Formulario de Asistencia Financiera

Antes de entregar su Formulario de Asistencia Financiera, por favor asegúrese de haber completado toda la información y documentación requeridas.

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. He completado todos los campos en todas las secciones de la solicitud
<i>(Incluyendo las secciones de ingresos y bienes: ingrese ceros o NA si no existe ninguno)</i> | √
<input type="checkbox"/> |
| 2. He firmado y fechado la solicitud | <input type="checkbox"/> |
| 3. He incluido comprobantes de ingresos completos y apropiados
<i>(Vea la página de información, 2do párrafo, para mas detalles sobre lo que se requiere)</i> | <input type="checkbox"/> |
| 4. He completeado el Formulario de Atestación Matrimonial e incluido la documentación adecuada
<i>(Vea la página de información, 3er párrafo, o el Formulario de Atestación Matrimonial para mas detalles sobre lo que se requiere)</i> | <input type="checkbox"/> |
| 5. He firmado y puesta la fecha en el Formulario de Atestación Matrimonial y un testigo también ha firmado y puesto la fecha | <input type="checkbox"/> |
| 6. He incluido el comprobante de dependientes menores de 21 años
<i>(Vea la página de información, 4to párrafo, para mas detalles sobre lo que se requiere)</i> | <input type="checkbox"/> |



Tift Regional Health System, Inc.
Formulario para Asistencia Financiera

GARANTE: _____
(NO MINORES) APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO, CONDADO: _____

Nº DE TELEFONO: _____ **CORREO ELECTRONICO:** _____

Nº DE TELEFONO DE ESPOSA(O): _____ **CORREO ELECTRONICO:** _____

(Al proporcionar una dirección de correo electrónico, usted acepta recibir comunicaciones por correo electrónico del personal de Southwell con respecto a esta solicitud.)

MENCIONE TODOS LOS MIEMBROS DE FAMILIA INCLUYENDO USTED MISMO, ESPOSO(A), Y DEPENDIENTES MENORES DE 21

NOMBRE	PARENTEZCO	FECHA DE NACIMIENTO	Nº DE SEGURO SOCIAL	SEGURO MEDICO	
				NOMBRE DE SEGURO MEDICO Y # DE POLIZA	FECHA EFECTIVA
	USTED MISMO				

MENCIONE TODOS LOS MIEMBROS DE FAMILIA CON INGRESOS

NOMBRE	PARENTEZCO	TIPO DE INGRESOS	CANTIDAD DE INGRESOS BRUTOS POR PERIODO DE PAGO	PERIODO DE PAGO (semanalmente, quincenal, mensual, etc.)
	USTED MISMO		\$	
			\$	
			\$	
			\$	

MENCIONE TODOS LOS BIENES DEL HOGAR (PROPIEDADES, VEHICULOS, CUENTAS DE CHEQUES Y AHORROS, IRAs, 401Ks, ACCIONES, ETC.)

CUENTA DE BANCO \$ _____	CUENTA DE AHORROS \$ _____	VALOR DE VIVIENDA PRINCIPAL \$ _____	VALOR DE OTRA PROPIEDAD \$ _____
VEHICULO #1 \$ _____	VEHICULO #2 \$ _____	VEHICULO #3 \$ _____	IRA (CUENTA DE JUBILACIÓN INDIVIDUAL) \$ _____
ACCIONES/BONOS \$ _____	OTRO \$ _____	OTRO \$ _____	OTRO \$ _____

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR PROVISTA ES VERDADERA Y EXACTA PARA EL PROPÓSITO DE EVALUAR MI APLICACIÓN PARA EL INDIGENTE/CUIDADO DE CARIDAD O UN PLAN DE PAGO. YO AUTORIZO TIFT REGIONAL A REVISAR MI HISTORIA DE CRÉDITO SI ES NECESARIO. YO ENTIENDO QUE TIFT REGIONAL PUEDE CAMBIAR LA DECISION, SI LA INFORMACIÓN EXACTA NO ES PROVISTA O SI SE DETERMINA QUE YO CALIFICO PARA COBERTURA DEBAJO DE OTROS PROGRAMAS O ASEGURANZAS QUE NO HAN SIDO PREVIAMENTE ARCHIVADAS.

FIRMA DEL GARANTE: _____ **FECHA:** _____

(FIRMA REQUERIDA)

FOR PFS STAFF ONLY

STATE OF RESIDENCE:

FAMILY SIZE:

ANNUAL GROSS INCOME:

EFFECTIVE DATE:

EXPIRATION DATE:

APPROVED: 0%-125% INDIGENT (100%)

126%-200% CHARITY (100%)

201%-300% CHARITY (85% / 25%)

301%-400% CHARITY (75% / 15%)

FINANCIAL COUNSELOR: _____

DATE: _____

FIN COUN SUPERVISOR: _____

DATE: _____

DENIED: OVER INCOME (over 400%)

OVER ASSETS (over \$125,000 net)

PFS DIRECTOR: _____

DATE: _____

**Tift Regional Health System, Inc.
FORMULARIO DE ATESTACIÓN MATRIMONIAL**

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

Estado Civil	Fecha de Occurencia	**Documentación Requerida**
<input type="checkbox"/> Casado/Casado de nuevo		<input type="checkbox"/> Acta de matrimonio <input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS
<input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Sentencia Final de divorcio <input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS
<input type="checkbox"/> Separado		<input type="checkbox"/> Documento judicial (<i>ejemplos: separacion legal, solicitud de divorcio, etc.</i>) ○ <input type="checkbox"/> Carta con encabezamiento de parte de una tercera persona que valida la separacion (<i>ejemplos: funcionario de la iglesia, oficial de la escuela, consejero matrimonial, etc.</i>) ○ <input type="checkbox"/> Documentación de dos domicilios residenciales (ejemplos: facturas de servicios públicos separados, renta/hipoteca con el nombre de cada uno de los ultimos tres meses, etc.)
<input type="checkbox"/> Viudo, <i>escriba el nombre del cónyuge a continuación</i>		<input type="checkbox"/> Acta de defunción <input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS <input type="checkbox"/> Obituary <input type="checkbox"/> Documentación presentada previamente a TRHS
<input type="checkbox"/> Soltero, <i>nunca casado</i>	N/A	N/A

Otro (Por favor explique): _____

Al firmar esta Declaración de Verificación, yo (nosotros) certificamos que toda la información reportada es complete 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
 (Paciente / Persona Engargada-REQUERIDA)

 Fecha

X
 (Testigo-REQUERIDO, no cónyuge)

 Fecha