



# Southern Regional Medical Center

## Solicitud Para Los Que Necesitan Ayuda Médica

Southern Regional Medical Center participa del “Indigent Care Trust Fund” (Fondo para ayuda a personas indigentes). Tenemos cierta cantidad disponible para asistir a pacientes de bajos ingresos y a pacientes que están experimentando gastos médicos catastróficos. Note que en este programa solo se cubren los gastos por servicios rendidos por el Southern Regional Medical Center, no incluye facturas de los médicos u otros gastos médicos. Documentación debida por: \_\_\_\_\_.

### Requerimientos:

- El servicio tiene que ser medicamento necesario.
- El servicio tiene que ser según el nivel apropiado. Servicios que no se consideran de emergencia, pero que fueron completados en el Departamento de Emergencias no se podrán considerar.
- Cualquier otra fuente de pago debe de utilizarse antes de la aprobación; esto incluye, pero no está limitado a, Seguro de Compensación por Accidentes del Trabajo (Worker’s Compensation), seguro de auto y otros terceros. Si el servicio está relacionado con un accidente de auto, usted debe proveer detalles del accidente, reporte de la policía, si aplica e información sobre el seguro de auto, si aplica.
- El solicitante debe cooperar completamente en solicitar cualquier fondo al cual pueda calificar, como Medicaid o Compensación Para Víctimas de Crimen.
- Se da preferencia a residentes del Condado de Clayton. Residentes fuera del condado de Clayton se considerarán uno a uno según el caso.
- Prueba del ingreso del solicitante y de la esposa deben ser incluidos con la solicitud.

Favor de completar toda esta solicitud. No deje ningún espacio en blanco; ponga n/a si alguna pregunta no se le aplica a usted. Los siguientes son documentos que necesitamos que usted nos traiga con esta aplicación:

- Verificación de Impuestos del año más reciente (w-2 IRS tax return).
- Verificación de salario: copias de cheques los tres (3) últimos meses o una carta de su trabajo, mencionando su salario de sus últimos tres (3) meses.
- Verificación (copia) de Seguro Social, Retiro, SSI, Desempleo, Compensación de Trabajadores, Mantenimiento de Niños, y cualquier otro tipo de salario.
- Verificación de estampilla (Food Stamps) o Sección 8 de domicilio.
- Verificación de otros tipos de ayuda ya sea de (amigos, familia, iglesia, etc.)
- Copias de cuenta médica y recetas de medicinas que desearía que tomáramos en consideración.
- Copias de cuentas públicas (electricidad, agua, teléfono, cable de televisión, basura, etc.)
- Copias de otros gastos (No incluya artículos personales o comida) que desea usted mencionar..
- Copias de su última declaración del banco.
- Carta del Medicaid sobre el rechazo y la razón por que, (razón necesita ser más que usted no fue muy cooperativa).
- Herramientas adicionales como el reporte de crédito.

Su aplicación debe ser completada y devuelta tan pronto le sea posible, juntos con todos los documentos mencionados. Si necesitan ayuda llenando esta aplicación por favor de llamar a nuestras oficinas...

Gracias

Departamento de Cuentas de Pacientes.  
770-991-8600