

Solicitud de asistencia financiera de Ballad Health

Fecha de la solicitud: _____ Nombre del paciente: _____

Últ. 4 nros. del Seguro Social: _____ Fecha de nac.: _____ Nro. de Garante: _____

Número(s) de cuenta _____, _____, _____

Proporcione toda la documentación indicada a continuación que le corresponda. Fírmela y envíela a la dirección indicada a continuación. La documentación debe incluir a todos los miembros de la familia que vivan en el hogar.

Documentación requerida (*No envíe originales * Por favor use tinta negra)

- Se requieren las declaraciones de impuestos federales de los dos últimos años. (*Federal Tax Returns*) Si no declaró impuestos, debe proporcionar un formulario 4506-T del IRS.
- W-2 y los 3 últimos talones de pago.
- Si está recibiendo Seguridad Social, Discapacidad o una Pensión Militar, deberá proporcionar la carta de beneficios.
- Ingresos por jubilación, pensión, anualidad, discapacidad a corto/largo plazo o indemnización laboral (*worker's compensation*).
- Si recibe Cupones de alimentos (*Food Stamps*), presente una copia de la carta de aprobación.
- Acciones, bonos, certificados de depósito y fondos de inversión
- Si es propietario de su vivienda, debe proporcionar copias de su estado de cuenta hipotecario (*mortgage statement*) más reciente.
- Adjunte la copia más reciente de su cuenta corriente (*checking*), de ahorro (*savings*) y de su cuenta de ahorro para la salud (*Health Savings Account*). Incluya todas las páginas de los estados de cuenta.
- Carta de aprobación o denegación de Medicaid.

Criterios de selección

Ballad Health determinará si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera basándose en las Directrices Federales de Ingresos de Pobreza y en sus activos.

Continuación de las acciones de cobranza durante su proceso de solicitud

Tenga en cuenta que las acciones de cobranza en su cuenta estarán suspendidas durante el periodo de consideración de una solicitud de caridad que haya sido completada. Usted tendrá 30 días a partir de la fecha de la solicitud financiera para proporcionar toda la documentación de apoyo de su cuenta.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, visite un centro de Ballad Health o llame al 888-288-5174 de lunes-viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Dirección para correspondencia:

Po Box 746465
Atlanta, Ga 30374

