

**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 tenen 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 nino, cupones de alimentos, ungresos por alquiler La Seguridad Social, La ses 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 – La Solicitudes se basan en ingreso familiares, por favor incluya cualquier de los anteriores que se aplica a todos los miembros de le 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. Aplicacions 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 aplicacion 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 \_\_\_\_\_

*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:** \_\_\_\_\_

**Total Monthly Expenses** \_\_\_\_\_ *Check if Medicare*

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

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