

**PEACHTREE ORTHOPEDIC SURGERY CENTER at PIEDMONT, LLC  
 PEACHTREE ORTHOPEDIC SURGERY CENTER at PERIMETER, LLC  
 PEACHTREE ORTHOPEDIC SURGERY CENTER NORTH, LLC**

**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**

El Centro de Cirugía Peachtree Orthopadic en Piedmont, LLC (“POSC”) y El Centro de Cirugía Peachtree Orthopedic en Perimeter (“POSC-P), y El Centro de Cirugía Peachtree Ortopedic Surgery Center North (“POSCN”) según sus siglas en inglés se comprometen a ofrecer un cuidado ambulatorio de calidad en las intervenciones de todos los pacientes al margen de su situación financiera. Si usted no cuenta con seguro, tiene un seguro insuficiente o tiene gastos médicos pendientes y cuenta con escasos recursos para pagar sus intervenciones médicas podría ser seleccionado para descuentos totales o parciales a través del Programa de Ayuda Económica de los Centros listados en el enunciado. Sin embargo las facturas de los proveedores que no forman parte del centro quirúrgico deberán ser abonadas o bien antes o bien en el día del servicio a menos que haya algún acuerdo previo.

Para presentar una solicitud al Programa de Ayuda Económica debe completar la solicitud adjunta y debe de enviarla con los documentos que acrediten sus ingresos. Son de obligada respuesta aquellos que contienen el asterisco. Si no precisamos otra información adicional le notificaremos casi con seguridad en el plazo de cinco (5) días hábiles si se puede o no beneficiar de gratuidad o descuentos en su cuidado médico.

**SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

<b>Nombre del paciente:</b>	
<b>Fecha de nacimiento del paciente:</b>	
<b>Dirección de correo electrónico (no es obligatorio, se usará solo para ponernos en contacto con usted):</b>	
<b>Nombre de la persona responsable (de no ser el paciente):</b>	
<b>Dirección del responsable</b>	
<b>Número de teléfono del responsable:</b>	
<b>Domicilio:</b>	
<b>Móvil:</b>	
<b>Trabajo:</b>	
<b>Nombre del empleador:</b>	
<b>Número de miembros del núcleo familiar en el mismo domicilio:</b>	
<b>Ingresos brutos:</b>	
<b>Mensuales:</b>	\$
<b>Anuales:</b>	\$

**\*\* Como ingresos brutos se incluyen los ingresos totales del domicilio en los últimos doce (12) meses, incluyendo entre otros los salarios / sueldos, subsidios por desempleos, compensaciones laborales, Seguridad Social, ingresos adicionales en concepto de seguridad social, ayudas públicas, pensiones de jubilación o ingresos por jubilación, ingresos de pensiones alimenticias por hijos o cónyuges.**

**SECCIÓN II. INFORMACIÓN ECONÓMICA**

Por favor señale en el cuadro el tamaño de su núcleo familiar y si los ingresos brutos familiares del último año (los últimos 12 meses) son superiores o inferiores a las cifras de ingresos brutos indicados para su familia.

**PEACHTREE ORTHOPEDIC SURGERY CENTER at PIEDMONT, LLC  
 PEACHTREE ORTHOPEDIC SURGERY CENTER at PERIMETER, LLC  
 PEACHTREE ORTHOPEDIC SURGERY CENTER NORTH, LLC**

**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**

Tamaño núcleo familiar (rodear uno)	Nivel de ingresos del 125%		Marcar uno		Nivel de ingresos de 300%		Marcar uno	
	Anuales	Mensuales	Superior	Inferior	Anuales	Mensuales	Superior	Inferior
1	\$13,590	\$1133	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$30,216	\$2,518	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	\$18,310	\$1,526	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$43,944	\$3,662	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	\$23,030	\$1,919	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$55,272	\$4,606	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	\$27,750	\$2,313	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$66,600	\$5,550	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	\$32,470	\$2,706	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$77,928	\$6,494	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	\$37,190	\$3,099	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$89,256	\$7,438	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	\$41,910	\$3,493	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$100,584	\$8,382	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	\$46,630	\$3,886	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$111,912	\$9,326	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	\$51,350	\$4,279	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$123,240	\$10,270	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	\$56,070	\$4,673	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$134,568	\$11,214	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECCIÓN III. DIFICULTADES MÉDICAS O DE OTRO TIPO**

Si usted tiene facturas médicas pendientes u otro tipo de dificultades financieras que le dificulten el reembolso a POSC en concepto de las intervenciones realizadas, rellene el siguiente apartado. Verifique asimismo que ha completado las Secciones 1 y 2 anteriores. Si por el contrario este apartado no se aplica a su caso pase directamente a la Sección 4.

En la actualidad tengo facturas médicas pendientes y otros gastos que alcanzan un total de \$ \_\_\_\_\_.

Podría en la actualidad hacer pequeños pagos mensuales para cubrir dichas facturas médicas pendientes y resto de gastos.

SI

No

En la actualidad estoy pagando mis facturas médicas y otros gastos abonando mensualmente la cantidad de \$ \_\_\_\_\_.

Debido a circunstancias especiales detalladas a continuación, me enfrento a dificultades económicas que me impiden someterme a la intervención quirúrgica sin contar con una ayuda económica:

**Si ha completado la Sección 3 por favor presente junto con la solicitud, justificación de las facturas médicas pendientes y de otros gastos relacionados o cualquier otro documento que justifique las especiales dificultades financieras.**

**SECCIÓN IV. INFORMACIÓN ADICIONAL**

Se estudiará cada solicitud de forma individual y en caso de contar con información adicional que crea que puede ayudar al POSC a determinar su idoneidad para recibir ayuda económica por favor adjúntela (por ejemplo, justificación de ingresos brutos y gastos tales como el formulario W-2, declaraciones de renta, solicitudes de desempleo, extractos bancarios, pruebas escritas sobre salarios por parte de las empresas, justificantes de pensiones de jubilación o ingresos por jubilación, gastos mensuales). Por favor tenga en cuenta que el POSC podría solicitarle esta información o documentación adicional.

**PEACHTREE ORTHOPEDIC SURGERY CENTER at PIEDMONT, LLC  
PEACHTREE ORTHOPEDIC SURGERY CENTER at PERIMETER, LLC  
PEACHTREE ORTHOPEDIC SURGERY CENTER NORTH, LLC**

**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**

**POSC tratará de forma confidencial toda la información incluida en la presente solicitud así como toda aquella información adicional presentada, y solo la utilizará con el fin de evaluar su solicitud de ayuda económica. Debe tener en cuenta que cualquier ayuda ofrecida será solamente para hacer frente a los costes del Centro Quirúrgico. No será en ninguna instancia aplicable para ningún otro proveedor de servicio ni durante; ni después de su paso por el Centro.**

**\*\*\*\*\* PRUEBA DE DOCUMENTACIÓN NECESARIA ABAJO A CONTINUACIÓN  
(adjunte prueba de ingresos con esta solicitud- véase página 4)**

**Firma del paciente:**

**Firma de la parte responsable: (Si es diferente del paciente):**

**Fecha :**

**SECCIÓN V: PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD**

Una vez la solicitud esté completa debe enviarla por fax o por correo electrónico a:

**Attn: Financial Assistance [Cboleaders@pocatlanta.com](mailto:Cboleaders@pocatlanta.com) or 404-352-7446 e-fax**

Dirección postal:

Peachtree Orthopedic Surgery Center at Piedmont  
Attn: Financial Assistance  
77 Collier Rd. Suite 2000  
Atlanta, GA 30309

Para cualquier duda durante el proceso de solicitud contacte por favor con la Oficina de Administración del POSC en el teléfono (404) 355-0743 extensión 1462.

**DOCUMENTACIÓN NECESARIA**

**Los pacientes deben de adjuntar ala solicitud **al menos (1) documento de a sección I.** Información adicional tanto de las secciones II pueden ser adjuntadas para determinar el nivel de asistencia financiera.**

**I. Prueba de ingresos brutos .**

POSC pedirá una prueba de ingresos brutos para estudiar la Solicitud de Ayuda Económica, incluyendo pero no limitando, lo siguiente:

- Contrato de autónomos o de su empleador: La declaración de impuestos más reciente y el extracto del banco de los últimos 90 días tanto de la cuenta del banco personal como la de negocios y de la cuenta de ahorros.
- La nómina más reciente
- El formulario W-2 del presente año
- Una carta de su empleador que confirme su salario
- Una carta de una agencia de asistencia social gubernamental u otra organización gubernamental similar que pudiese confirmar los ingresos brutos del paciente durante los últimos 12 meses
- Una carta de aprobación de las oficinas de la Seguridad Social
- Verificación de su ingresos de jubilación o retiro
- Orden judicial de pensión conyugal y de manutención de menores o bien una sentencia de divorcio
- Una notificación de ingresos de desempleo

**PEACHTREE ORTHOPEDIC SURGERY CENTER at PIEDMONT, LLC  
PEACHTREE ORTHOPEDIC SURGERY CENTER at PERIMETER, LLC  
PEACHTREE ORTHOPEDIC SURGERY CENTER NORTH, LLC**

**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**

- Una notificación de separación del Estado de Georgia y del estatus de la solicitud de prestación de desempleo
- Una carta de apoyo: Si el paciente no tiene ingresos brutos deberá aportar documentación escrita de la persona que le cubre las necesidades básicas (comida, cobijo, ropa)

II. **Gastos mensuales.** POSC podría solicitar prueba de sus gastos mensuales como parte del estudio de la Solicitud de Ayuda Económica, incluyendo pero no limitando lo siguiente:

- Suministros corrientes (electricidad, gas, cable, agua, alcantarillado, basura)
- Pagos de automóvil
- Seguros (de casa, de alquiler, de auto, de salud)
- Préstamos
- Tarjetas de créditos
- Gastos médicos