



PATIENT IDENTIFICATION (Please Print) <i>Identificación del Paciente (Por Favor Imprimir)</i>	
Patient's Name (Please Print) <i>Nombre del Paciente (Por Favor Imprimir)</i>	Parent/Legal Guardian Name (Please Print) <i>Nombre del Padre/Tutor Legal</i>

PROGRAM OVERVIEW <i>Reseña del Programa</i>
<ul style="list-style-type: none"> It is the policy of Georgia Mountains Health Services, Inc. to provide essential services regardless of the patient's ability to pay. Discounts are offered based on family size and annual income. Please complete this form, and return to the front desk, if you believe you or members of your family are eligible for a discount. <i>Es la política de Georgia Mountains Health Services, Inc. proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos basados en el tamaño de la familia y el ingreso anual. Complete este formulario y regrese a la recepción, si cree que usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.</i> The discount, if approved, will apply to all services received at Georgia Mountains Health except services that are performed, or equipment that is purchased, from outside providers – including some laboratory testing, imaging and medications. <i>El descuento, si se aprueba, se aplicará a todos los servicios recibidos en Georgia Mountains Health, excepto los servicios que se realizan o el equipo que se compra de proveedores externos, incluidas algunas pruebas de laboratorio, imágenes y medicamentos.</i> YOU ARE REQUIRED to inform us if you have health insurance, including Medicaid, Medicare, Amerigroup, WellCare, PeachState, Care Source or any other commercial insurance. SE REQUIERE que nos informe si tiene un seguro de salud, incluidos Medicaid, Medicare, Amerigroup, WellCare, Peach State, Caresource o cualquier otro seguro comercial. YOU ARE REQUIRED to update this information yearly and at any time there is a change in income, or persons living, in the household. USTED DEBE actualizar esta información anualmente y en cualquier momento hay un cambio en los ingresos, o las personas que viven, en el hogar.

PROGRAM CONDITIONS <i>Reseña del Programa</i>
<p>Please initial all of the following statements: <i>Inicialice todas las siguientes declaraciones:</i></p> <p>I understand that I am responsible for payment of all services, including discounted fees, at the time services are rendered. <i>Entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios, incluidas las tarifas con descuento, en el momento en que se prestan los servicios.</i></p> <p>I understand all of the provided Program information and agree to abide by all the rules of the Discounted Fee Program. <i>Entiendo toda la información proporcionada del Programa y acepto cumplir con todas las reglas del Programa de Tarifas con Descuento.</i></p> <p>I certify that the family size, and income information, that I have provided is correct. I understand that providing inaccurate, or false, information will result in automatic loss of eligibility for discounts. <i>Certifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos que he proporcionado son correctos. Entiendo que proporcionar información inexacta o falsa resultará en la pérdida automática de elegibilidad para descuentos.</i></p>

HEAD OF HOUSEHOLD <i>Jefe de Hogar</i>			
LAST Name <i>Apellido</i>	FIRST Name <i>Primer Nombre</i>	MIDDLE Name <i>Segundo Nombre</i>	Suffix <i>el Sufijo</i>
Employer Name <i>Información del Empleo</i>			

SPOUSE AND DEPENDENTS <i>Cónyuge y Dependientes</i>		
Spouse and dependents, under age 18, living in household: <i>Cónyuge y dependientes, menores de 18 años, que viven en el hogar:</i>		
	Full Name <i>Nombre Completo</i>	Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>
Head of Household <i>Jefe de Hogar</i>		/ /
Spouse <i>Esposa(o)</i>		/ /
Dependent <i>Dependiente</i>		/ /
Dependent <i>Dependiente</i>		/ /
Dependent <i>Dependiente</i>		/ /
Dependent <i>Dependiente</i>		/ /
Dependent <i>Dependiente</i>		/ /

ANNUAL HOUSEHOLD INCOME | *Ingreso Anual del Hogar*

- Copies of tax returns, pay stubs or other information verifying income are required to be presented before a discount is approved. *Se deben presentar copias de las declaraciones de impuestos, recibos de pago u otra información que verifique los ingresos antes de aprobar un descuento.*
- Please provide detailed, annual income information for the following: *Proporcione información detallada de ingresos anuales para lo siguiente:*

Annual Income Source <i>Fuente de Ingreso Anual</i>	Self <i>Yo</i>	Spouse <i>Esposa(o)</i>	Other <i>Otro</i>	Total <i>Total</i>
Gross wages, salaries, tips, etc. <i>Salarios brutos, salarios, propinas, etc.</i>	\$	\$	\$	\$
Income from business, self-employment and dependents. <i>Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes.</i>	\$	\$	\$	\$
Unemployment compensation, worker's compensation, Social Security, Supplemental Social Security Income, public assistance, Veterans' payments, survivor benefits, pension or retirement income. <i>Compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Ingreso Suplementario del Seguro Social, asistencia pública, pagos de Veteranos, beneficios de sobrevivientes, pensión o ingresos por jubilación.</i>	\$	\$	\$	\$
Interest, dividends, rents, royalties, income from estates, trusts, educational assistance, alimony, child support, assistance from outside the household and other miscellaneous sources. <i>Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de fincas, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa al hogar y otras fuentes misceláneas</i>	\$	\$	\$	\$
TOTAL INCOME: <i>Ingresos Totales:</i>	\$	\$	\$	\$

SELF-DECLARATION | *Autodeclaración*

If you do not have proof of income with you, you may complete the following Self-Declaration statement to receive discount benefits for **today's visit only**. To do so, please initial the following: *Si no tiene comprobante de ingresos, puede completar la siguiente declaración de autodeclaración para recibir beneficios de descuento solo para la visita de hoy. Para hacerlo, inicialice lo siguiente.*

I certify that I am the Head of Household and/or the responsible party for the named patient/individual.
Certifico que soy el Jefe del Hogar y/o la parte responsable del paciente/individuo nombrado.

I certify that the household income and family size are true and complete.
Certifico que los ingresos del hogar y el tamaño de la familia son verdaderos y completos.

I certify that I do not have Medicaid, Medicare or any other health insurance at the time of this visit.
Certifico que no tengo Medicaid, Medicare ni ningún otro seguro de salud al momento de esta visita

I understand a Self-Declaration is available only once.
Entiendo que una autodeclaración está disponible solo una vez.

I understand that I must provide proof of income to receive discounted benefits beyond this visit.
Entiendo que debo proporcionar un comprobante de ingresos para recibir beneficios con descuento más allá de esta visita.

AUTHORIZATION SIGNATURE | *Firma de Autorización*

I have read and understand the content of this document and hereby agree to inform Georgia Mountains Health of any changes to the information. I certify that all information provided is true and accurate. I understand that I may lose any Discount Fee Program eligibility should it be found that I provided false information. *He leído y entiendo el contenido de este documento y por la presente acepto informar a Georgia Mountains Health sobre cualquier cambio en la información. Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y precisa. Entiendo que puedo perder cualquier elegibilidad para el Programa de Tarifas de Descuento si se descubre que proporcioné información falsa.*

Patient/Parent/Guardian Signature *Firma del Paciente/Padre/Tutor***Date** *Fecha*