

Solicitud de Asistencia Financiera

Por favor devuelva la solicitud y todos los documentos solicitados a P.O. Box 249, Goodlettsville, TN 37070-0249

Por favor complete la solicitud lo mejor que pueda, y de la manera más completa posible. Esto nos ayudará a responder a su solicitud lo más rápido posible. Si desea proporcionar información adicional de cualquier tipo que crea que nos ayudará a comprender mejor su situación, adjunte una carta a esta solicitud.

También debe proporcionar prueba de ingresos brutos. Esto puede ser en la forma de sus últimos tres (3) talones de pago, la declaración de impuestos del año pasado u otros registros que documenten sus ingresos del año hasta la fecha.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR IMPRIMIR)

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Sexo: _____ SS #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Tiempo completo Tiempo parcial Horas por semana _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL PARTIDO RESPONSABLE

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Sexo: _____ SS #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Tiempo completo Tiempo parcial Horas por semana _____

Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE RESPONSABLE

Nombre del cónyuge: _____ SS #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del cónyuge: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

DEPENDIENTES

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

**Premier
Radiology**



Ascension

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

INGRESO MENSUAL BRUTO

Ingreso de trabajo del solicitante	_____
Ingreso del cónyuge solicitante	_____
Beneficios de Seguro Social	_____
Pensión / Ingreso de jubilación	_____
Compensación por desempleo	_____
Compensación al trabajador	_____
Intereses/ingresos por dividendos	_____
Manutención de los hijos	_____
Pensión	_____
Renta de la propiedad de ingresos	_____
Cupones de alimentos	_____
Otro	_____
Otro	_____
INGRESO BRUTO TOTAL	\$ _____

BIENES

Dinero en mano	_____	
Cuenta de ahorros	_____	
Cuenta de Cheques	_____	
C.D.'s	_____	
Valores	_____	
Seguro de vida	_____	
Otras propiedades inmobiliarias	_____	
Otro	_____	
Vehículo / Marca y Model		
Año	Valor	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Acuerdos financieros:		
Seguro de vida	_____	
Herencia	_____	
Otro	_____	
VALOR TOTAL DE LOS ACTIVOS	\$ _____	

GASTOS DE VIDA MENSUALES

	Pago	Balance
Hipoteca / Alquiler	_____	_____
Electricidad	_____	_____
Gas	_____	_____
Teléfono	_____	_____
Agua	_____	_____
Comestibles	_____	_____
Televisión por cable	_____	_____
Pago del coche	_____	_____
Teléfono móvil	_____	_____
Guardería	_____	_____
Pensión alimenticia / pensión alimenticia	_____	_____
Medicamentos con receta	_____	_____
Tarjetas de crédito:		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
Otras facturas de médico / hospital:		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
Gastos de seguro:		
1. Automóvil	_____	_____
2. Propiedad	_____	_____
3. Médico / Vida	_____	_____
Otros pagos de préstamos:		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
Otros pagos mensuales:		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
GASTOS MENSUALES TOTALES	\$ _____	\$ _____

COMENTARIOS: _____

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Por la presente autorizo al hospital a obtener información de agencias de informes de crédito externas si el hospital lo considera necesario.

Fecha

Firma del paciente, cónyuge, garante o representante legal

Lista de Verificación de la Aplicación Financiera

Definición de hogar para contar los cálculos de ingreso y tamaño de hogar:

1. Todas las personas dentro de la unidad unifamiliar deben ser contadas. Esto se define como marido, esposa e hijos.
2. Todos los niños mayores de 21 años no serán incluidos en el tamaño del hogar a menos que el niño esté en la escuela a tiempo completo a la edad de 25 años.
3. Los padres que viven en el hogar con su hijo adulto no contarán para el tamaño de la familia o los ingresos de ese niño.
4. Los matrimonios de ley común contarán para el ingreso y el tamaño del hogar.
5. Los cónyuges separados no contarán para el ingreso y el tamaño del hogar.
6. Otros significativos no contarán para el ingreso y el tamaño del hogar a menos que hayan estado viviendo juntos durante 6 meses o más.
7. Cualquier persona de la que el paciente sea legalmente responsable contará para el tamaño del hogar.
8. Los abuelos que cuidan a los nietos en la casa donde el padre no está en la casa contarán hacia el ingreso y el tamaño del hogar.
9. Visitantes internacionales: las solicitudes incluirán el ingreso familiar del patrocinador.

Para procesar su solicitud de manera oportuna, asegúrese de que toda la información esté incluida y devuelta dentro de 15 días.

La declaración de impuestos del año anterior (20____) que muestra la cantidad bruta de ingresos y todos los dependientes incluidos en esa declaración de impuestos.

• **Copias de los últimos 3 talones de cheques, incluyendo cónyuges, si corresponde. Si los beneficios de la seguridad social, discapacidad, jubilación o desempleo se incluyen en el ingreso mensual, por favor incluya la prueba también. LAS SOLICITUDES SERÁN NEGADAS SI ESTO NO SE PROPORCIONA.**

Copias de todas las facturas actuales. (Servicios públicos, alquiler / hipoteca, facturas médicas /hospitalarias, etc.)

Si usted no está trabajando y usted confía en alguien más para el alimento y la cubierta una carta de ese abastecedor (cerrada) se debe terminar y notarized.

Si recibe estampillas de comida, deberá proporcionar una prueba que documente la cantidad que recibe.

Si tiene alguna pregunta relacionada con la cumplimentación de esta solicitud, comuníquese con:

_____ al 615.851.6033 ext: _____

Por favor, entienda que las solicitudes incompletas, la falta de información devuelta, o si la solicitud no se devuelve dentro de 15 días, esto hará que la solicitud sea denegada.

Por favor devuelva la solicitud y todos los documentos solicitados a la dirección indicada a continuación:

PhyData

PO Box 249

Goodlettsville, TN 37070