



Estimado paciente/solicitante:

Ascension se basa en la compasión y se dedica a brindar atención personalizada a todos, especialmente a los más necesitados. Ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes es nuestra misión y un privilegio. La asistencia financiera solo está disponible para emergencias y otros tipos de atención médicamente necesaria. Gracias por confiarnos la atención médica de todas sus necesidades de salud y las de su familia.

Le enviamos esta carta y la solicitud de asistencia financiera adjunta debido a que hemos recibido su solicitud. Si no ha enviado una solicitud, puede hacer caso omiso. Por favor, complete la solicitud por ambos lados e incluya su firma y la fecha antes de devolverla. Si usted completó una solicitud en los seis meses pasados y se le aprobó la asistencia financiera, por favor notifíquenos. Puede que no necesite completar una solicitud nueva. No consideraremos una solicitud previa que tenga más de seis meses de antigüedad.

Junto con la solicitud, provea al menos una copia de uno de los siguientes elementos como prueba de ingresos. Si está casado o vive con una persona con quien ha mantenido una relación estable durante 6 meses o más, también tendrá que proporcionar una copia de, al menos, uno de los siguientes ítems como prueba de sus ingresos antes de que se pueda tramitar la solicitud.

- Copias de los 3 recibos de pago de sueldo más recientes emitidos por el empleador.
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos).
- Carta de adjudicación del Seguro Social o de la pensión de jubilación.
- La declaración de impuestos anual más reciente de los padres o tutores, si el solicitante es un dependiente que figura en su formulario de impuestos y es menor de 25 años.
- Otros documentos de validación de ingresos.
- Copias de los estados de cuenta bancarios de los 3 meses pasados.
- Copia del recibo de beneficios de desempleo.

Si recibe ayuda de alguien más o vive con familiares o amigos, haga que completen el formulario adjunto titulado "Carta de respaldo". Esto no los hará responsables de sus facturas médicas. Esto ayudará a mostrar la manera en que puede pagar sus gastos de vida. Si no recibe ayuda de su familia ni de sus amigos, no necesita llenar el formulario de la Carta de respaldo.

Por último, sírvase proporcionar también la documentación correspondiente como prueba de sus gastos médicos y farmacéuticos mensuales pendientes.



Tome en cuenta que se debe recibir la solicitud debidamente llena, junto con la prueba de ingresos, para que la solicitud sea considerada. No podemos procesar ni considerar solicitudes que no estén completas.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que se incluya en un correo electrónico sea interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigida.

Queremos proteger su información personal y asegurarnos de que permanezca segura. Dado que la solicitud contiene su número de Seguro Social y otra información privada, le instamos a que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Imprima y envíe por correo o entregue personalmente su solicitud completa a la siguiente dirección:

**300 Great Circle Road
Nashville, TN 37228**

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, póngase en contacto con Kami Morgan en el 629-216-2163.

Atentamente,

Servicios Financieros
para el Paciente de
Ascension



Ascension Saint Thomas

Formulario de solicitud de asistencia financiera

Información del paciente

(Todos los campos se deben completar en letra de imprenta. Si alguna línea individual de la solicitud no aplica para usted, escriba N/A)

Fecha _____ Número de cuenta _____

Nombre (nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social (opcional) _____

Empleador _____ Situación laboral _____

Número de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Información de la persona responsable o tutor legal

(Si el paciente en cuestión es también la persona responsable, deje esta sección en blanco).

Nombre (nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social (opcional) _____

Empleador _____ Situación laboral _____

Número de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Información del cónyuge de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, complete la información de los dependientes del paciente).

Nombre (nombre y apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social (opcional) _____

Empleador _____ Situación laboral _____

Número de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Dependientes de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, complete la información de los dependientes del paciente).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la parte responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____

Número de adultos y niños que viven en el grupo familiar _____



Ascension Saint Thomas

Ingresos mensuales

(Complete la información de esta sección utilizando cantidades en dólares para cada uno de los elementos que se enumeran a continuación. Indique una cantidad mensual para cada uno).

Ingresos devengados del solicitante _____
Ingresos del cónyuge del solicitante _____
Beneficios del Seguro Social _____
Ingresos por pensión/jubilación _____
Ingresos por incapacidad _____
Compensación por desempleo _____
Indemnización laboral _____
Ingresos por intereses/dividendos _____

Manutención infantil que recibe _____
Pensión alimenticia que recibe _____
Ingresos por alquiler de propiedades _____
Cupones de alimentos _____
Distribución de fondos fiduciarios que recibe _____ Otros
ingresos _____ Otros
ingresos _____ **Total**
de ingresos brutos mensuales \$ _____

Gastos mensuales de vida

Hipoteca/alquiler _____
Servicios públicos _____
Teléfono (línea fija) _____
Teléfono celular _____
Comestibles/alimentos _____
Televisión por cable/Internet/satélite _____ Pago
de automóvil _____
Cuidado infantil _____

Manutención infantil/pensión alimenticia _____
Tarjetas de crédito _____
Facturas del médico/hospital _____
Seguro automotriz _____
Seguro de hogar/propiedad _____
Seguro médico/de salud _____
Seguro de vida _____ Otros
gastos mensuales _____ **Total**
de gastos mensuales en dólares _____

Activos

Cuentas contables/de ahorros/corrientes _____
Acciones/bonos/inversiones/Certificados de depósito _____
Otros bienes inmuebles/residencia secundaria _____
Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo _____
Automóviles de colección/automóviles no esenciales _____
Otros activos _____

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

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Comentarios _____

Carta de respaldo

Número de registro médico del paciente/número de cuenta _____

Nombre de la persona que respalda _____

Relación con el paciente/solicitante _____

Dirección de la persona que respalda _____

Para Ascension:

Esta carta es para informar que (nombre del paciente) _____ recibe pocos ingresos, o ninguno, y que yo estoy ayudando con sus gastos de vida. Esta persona no está legalmente obligada frente a mí.

Al firmar esta declaración, acepto que la información proporcionada es verdadera, a mi leal saber y entender.

Firma de la persona que respalda _____

Fecha _____