



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 ha vivido 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 concesión 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/farmacéuticos mensuales pendientes



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

Tenga en cuenta que los comunicados por correo electrónico no son seguros. 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.

Envíe su solicitud por correo o por fax a la dirección correspondiente. El número de teléfono de su proveedor o la dirección de fax/correo donde deben presentarse las solicitudes se encuentra en la siguiente página de la solicitud.

Atentamente,

Los Servicios Financieros para el Paciente de Ascension



Nombre del proveedor	Número de teléfono	Dirección	Número de fax	Dirección de correo electrónico
Ascension Saint Thomas West	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6542	
Ascension Saint Thomas Midtown	(615) 284-5340	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6540	
Ascension Saint Thomas Rutherford	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6541	
Asistencia Financiera AMG	(844) 686-2555	STHe Financial Asst. PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240	(317) 981-6312	FinancialCounselors@ascension.org
Ascension Saint Thomas Highlands	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Drive Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas Dekalb	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Drive Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas River Park	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Drive Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas Three Rivers	(931) 296-0251	STHe Financial Asst 451 Hwy 13 S, Waverly, TN 37185	(931) 296-4561	
Ascension Saint Thomas Stones River	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Drive Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas Hickman	(931) 729-6800	STHe Financial Asst. 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033		
Ascension Saint Thomas Lab Plus	(615) 284-2773	Lab Plus LLC, a la atención de: Billing Dept 2000 Church Street Nashville, TN 37236	(615) 284-2771	
Saint Thomas Center para cirugía especializada	(615) 341-7500	STHe Financial Asst. 2011 Murphy Ave Suite 400 Nashville, TN 37203	(615) 341-7513	STHSSFinAssist@uspi.com
Saint Thomas EMS	(877) 664-4076	STHe Financial Asst. PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(615) 236-4040	
Baptist Ambulatory Surgical Center	(615) 321-7330	STHe Financial Asst. 312 21 st Ave. North Nashville, TN 37203	(615) 320-5319	
Centro para el sueño de Saint Thomas	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	

Ascension Saint Thomas Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

Información del paciente

(Todos los campos se deben completar en letra de molde. 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 responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, complete la información del cónyuge 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 del cónyuge del paciente).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la persona responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la persona responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la persona responsable _____

Número de adultos y niños que viven en el domicilio _____

Ingresos mensuales

(Complete la información de esta sección utilizando cantidades en dólares para cada uno de los elementos que se indican 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/satelital _____
 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 \$ _____

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:

La presente carta tiene la finalidad de 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 _____