



# Ascension

[Date]

Estimado paciente/solicitante:

Ascension esta impulsado por la compasi6n y se dedica a proporcionar atenci6n personalizada para todos, en especial aquellos que mas la necesitan. Ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes es nuestra misi6n y un privilegio. La asistencia financiera solo esta disponible para emergencias y otros tipos de atenci6n medica necesaria par razones medicas. Gracias par confiarnos la atenci6n medica de todas sus necesidades de salud y las de su familia.

Le enviamos esta carta y la aplicaci6n de asistencia financiera adjunta debido a que hemos recibido su aplicaci6n. Si no ha enviado una aplicaci6n, puede hacer caso omiso. Complete ambos lados e incluya fecha y firma antes de devolverla. Si usted complete una aplicaci6n dentro de las ultimas seis meses y le aprobaron asistencia financiera, haganoslo saber, ya que es posible que no tenga que completar una nueva aplicaci6n. Lamentablemente, no podemos apoyarnos en una aplicaci6n previa de mas de seis meses.

Junta con su aplicaci6n, necesitara proporcionar una verificaci6n de las ingresos de su hogar y de todos los activos pertenecientes a cualquier miembro de! hogar.

## **Ejemplos de prueba de ingresos y activos incluyen:**

- Copias de los tres recibos de pago de sueldo mas recientes emitidos par el empleador.
- Copias de la declaraci6n de impuestos anual mas reciente (si trabaja par cuenta propia, incluya todos las anexos).
- Carta de concesi6n del Segura Social o de la pension de jubilaci6n.
- Declaraci6n de impuestos anual mas reciente del padre, madre o tutor legal, si el solicitante es un dependiente listado en su formulario de impuesto y menor de 25 afios de edad.
- Copia del recibo de beneficios de desempleo.
- Aprobaci6n/denegaci6n de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia medica financiada par el estado.
- Otros documentos de validaci6n de ingresos.

## **Ejemplos de prueba de activos incluyen:**

- Declaraciones bancarias actuales (cheques y cuentas de ahorro) de los ultimas tres meses
- Inversiones, incluidas acciones y bonos.
- Fondos de fideicomiso
- Cuentas de mercado financiero
- Fondos mutuos

Si recibe ayuda de o vive con familiares o amigos, haga que completen el formulario adjunto titulado "Letter of Support" (Carta de Apoyo). Esto no las hara responsables de sus facturas medicas. Esto ayudara

a mostrar la manera en que paga sus gastos de vida. Si no recibe ayuda de familiares y amigos, no es necesario que complete el formulario de Carta de Apoyo.

Par ultimo, podriamos considerar sus facturas medicas pendientes para ser beneficiario de asistencia financiera. Si quiere que las consideremos, proporcione documentaci6n de sus castes medicos y de farmacos/medicamentos mensuales pendientes, tales coma recibos actuales o declaraciones de saldo de cuenta. **Tenga en cuenta que se deben recibir la 1) aplicaci6n completada junta con la 2) prueba de ingreso, 3) los activos y 4) las facturas medicas pendientes (si corresponde) para que se considere la aplicaci6n. No podemos procesar ni considerar aplicaciones que no esten completas.**

Cuando presente su aplicaci6n, tenga en cuenta que las comunicaciones a traves de correo electr6nico par internet no son seguras. Aunque sea poco probable, existe la posibilidad de que terceros intercepten y lean la informaci6n que incluya en un correo electr6nico, ademas de la persona ala que esta dirigida. Queremos proteger su informaci6n personal y aseguramos de que este segura. Dado que la aplicaci6n contiene su numero de Segura Social y otra informaci6n privada, le instamos a que se abstenga de enviarla par correo electr6nico.

Envie su solicitud par correo o par fax a la direcci6n correspondiente. El numero de telefono de su proveedor o la direcci6n de fax/correo donde deben presentarse las solicitudes se encuentra en la siguiente pagina de la solicitud.

Atentamente,

Los Servicios Financieros para el  
Paciente de Ascension



# Ascension Saint Thomas

Nombre del proveedor	Numerode telefono	Direccion	Numero de fax	Direccion de correo electronico
Ascension Saint Thomas West	(800)-242-7416	Ascension St. Thomas Financial Assistance Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(629)204-6542	
Ascension Saint Thomas Midtown	(800)-242-7416	Ascension St. Thomas Midtown Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(629)204-6540	
Ascension Saint Thomas Rutherford	(800)-242-7416	Ascension St. Thomas Rutherford Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(629)204-6541	
Ascension Medical Group Financial Assistance	(833)263-9791	SThe Financial Asst. PO Box 80278 Indianapolis, IN 46240	(317)981-6312	<a href="mailto:AscensionFinancialCounselors@r1rcm.com">AscensionFinancialCounselors@r1rcm.com</a>
Ascension Saint Thomas Highlands	(877)348-7082	Ascension St. Thomas Highlands Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(931)738-2669	
Ascension Saint Thomas Dekalb	(877)348-7082	Ascension St. Thomas Dekalb Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(931)738-2669	
Ascension Saint Thomas River Park	(877)348-7082	Ascension St. Thomas River Park Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(931)738-2669	
Ascension Saint Thomas Three Rivers	(931)296-0266	Ascension St. Thomas Three Rivers Financial Asst. Team 451 Hwy 13 S. Waverly, TN 37185	(931)296-4561	
Ascension Saint Thomas Stones River	(877)348-7082	Ascension St. Thomas Stones River Financial Asst. Team PO Box 504475 St. Louis, MO 63150-0001	(931)738-2669	
Ascension Saint Thomas Hickman	(931)729-6800	Ascension St. Thomas Hickman 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033	(931)729-0174	
Ascension Saint Thomas Lab Plus	(615)284-2773	Lab Plus LLC Attn: Billing Dept 2000 Church Street Nashville, TN 37236	(615)284-2771	
Ascension Saint Thomas Center for Speciality Surgery	(615)341-7500	SThe Financial Asst. 2011 Murphy Ave, Ste 400 Nashville, TN 37203	(615)341-7513	
Saint Thomas EMS	(877)664-4076	SThe Financial Assistance PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(615)236-4040	
Baptist Ambulatory Surgical Center	(615)321-7330	SThe Financial Asst. 312 21st Ave. North Nashville, TN 37203	(615)320-5319	
Ascension Saint Thomas Center for Sleep	(615)222-6638	SThe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629)204-6544	

# Ascension Saint Thomas

## Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

### Información del paciente

(Todos /os campos se deben completar en letra de molde. Si alguna /ínea 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 \_\_\_\_\_



# Ascension Saint Thomas

## 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 corrientes/de ahorros \_\_\_\_\_

Acciones/bonos/inversiones/Certificados de depósito, \_\_\_\_\_

Otros bienes inmuebles/residencia secundaria \_\_\_\_\_

Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo \_\_\_\_\_

Automóviles de colección/automóviles no esenciales \_\_\_\_\_

Otros activos \_\_\_\_\_

Yo presente certifico que, a mi lea[ 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 de[ solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Carta de respaldo

Numero de registro medico del paciente/numero de cuenta\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que respalda\_\_\_\_\_

Relacion 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 esta legalmente obligada frente a mf.

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

Firma de la persona que respalda\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_