

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 en adjunto la carta y la solicitud de asistencia financiera debido a que hemos recibido su solicitud. Si no ha enviado una solicitud, puede hacer caso omiso. Por favor, complete por ambos lados e incluya su firma y la fecha antes de devolverlo. 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 una copia de uno de los siguientes elementos como prueba de ingresos como mínimo. Si está casado o vive con una persona con quien mantiene una relación estable durante 6 meses o más, también tendrá que proporcionar una copia de, al menos, uno de los siguientes elementos 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 la solicitud debidamente llena, junto con la prueba de ingresos, debe ser recibida 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.

Por favor, imprima y envíe por correo o entregue en persona su solicitud debidamente llenada a la siguiente dirección:

Envíe su solicitud por correo o fax a la ubicación adecuada. Para obtener el número de teléfono de su proveedor o dirección de fax / correo postal donde deben presentarse las solicitudes, consulte la página siguiente de la solicitud.

Atentamente,

Servicios Financieros para el Paciente  
Ascension



# Ascension Saint Thomas

Nombre del proveedor	Número de teléfono	Dirección	Número de fax	Dirección de correo electrónico
Saint Thomas West	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6452	
Saint Thomas Midtown	(615) 284-5340	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6540	
Saint Thomas Rutherford	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6541	
AMG Financial Assistance	(844) 686-2555	STH Financial Asst PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240	(317) 981-6312	FinancialCounselors@ascension.org
Saint Thomas Highlands	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas Dekalb	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas River Park	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas Stones River	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas Hickman	(931) 729-6800	STHe Financial Asst. 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033		
Lab Plus	(615) 284-2773	Lab Plus LLC Attn: 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 Surgery Center	(615) 321-7730	STHe Financial Asst. 312 21st Ave. North Nashville, TN 37203	(615) 320-5319	
Saint Thomas Center for Sleep	(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 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 de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_

Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

### Información de la persona responsable o del tutor legal

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

Nombre (primer nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_

Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

### Información del cónyuge de la parte responsable

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

Nombre (primer nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_

Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

### Dependientes de la persona responsable

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

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 \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_

Número de adultos y niños que viven en el grupo familiar \_\_\_\_\_

**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 _____	Manutención infantil recibida _____
Ingresos del cónyuge del solicitante _____	Pensión alimenticia recibida _____
Beneficios del Seguro Social _____	Ingresos por alquiler de propiedades _____
Ingresos por pensión/jubilación _____	Cupones de alimentos _____
Ingresos por incapacidad _____	Distribución de fondos fiduciarios recibidos _____
Compensación por desempleo _____	Otros ingresos _____
Indemnización laboral _____	Otros ingresos _____
Ingresos por intereses/dividendos _____	<b>Total de ingresos brutos mensuales \$</b> _____

**Gastos mensuales de costo de la vida**

Hipoteca/alquiler _____	Manutención infantil/pensión alimentaria _____
Servicios públicos _____	Tarjetas de crédito _____
Teléfono (fijo) _____	Facturas de médicos y hospitales _____
Teléfono móvil _____	Seguro de automóvil _____
Comestibles/alimentos _____	Seguro de vivienda/propiedad _____
Servicio de cable/internet/televisión satelital _____	Seguro médico/salud _____
Pago de automóvil _____	Seguro de vida _____
Cuidado de los niños _____	Otros gastos mensuales _____
	<b>Total de gastos mensuales \$</b> _____

**Activos**

Efectivo/ahorros/cuentas corriente \_\_\_\_\_

Acciones/bonos/inversiones/certificados de depósito \_\_\_\_\_

Otros bienes inmuebles/vivienda 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 está completa. Por la presente, autorizo al hospital para obtener información brindada por organismos externos de reportes crediticios en caso de que hospital lo considere 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 \_\_\_\_\_