

Solicitud de Asistencia Financiera

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

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 forma de sus últimos tres (3) talones de pago, la declaración de impuestos del año pasado u otros registros que documenten sus ingresos hasta la fecha.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR IMPRIMIR)

Número de cuenta: _____ Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Sexo: _____ Seguro social: _____

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 DE LA PARTE RESPONSABLE

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Sexo: _____ Seguro social: _____

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 DE LA PARTE 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: _____



Premier
Radiology

Lista de Verificación de la Aplicación Financiera

Definición de hogar que se contará para los cálculos de ingresos y tamaño del hogar:

1. Deben contarse todas las personas dentro de la unidad unifamiliar. Esto se define como marido, mujer e hijos.
2. Todos los niños de 21 años o más no se incluirán en el tamaño del hogar a menos que el niño esté en la escuela a tiempo completo hasta la edad de 25 años.
3. Los padres que vivan en el hogar con su hijo adulto no contarán para el tamaño del hogar o los ingresos de ese niño.
4. Los matrimonios de derecho consuetudinario contarán para los ingresos y el tamaño del hogar.
5. Los cónyuges que estén separados no contarán para los ingresos y el tamaño del hogar.
6. Otras personas significativas no contarán para los ingresos y el tamaño del hogar a menos que hayan vivido 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 sus nietos en el hogar donde el padre no está en el hogar contarán para los ingresos y el tamaño del hogar.
9. Visitantes internacionales: las solicitudes incluirán los ingresos familiares del patrocinador.

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

Declaración de impuestos del año anterior (20____) que muestre el monto bruto de ingresos y todos los dependientes incluidos en esa declaración de impuestos.

• **Copias de los últimos 3 talones de cheques, incluidos los del cónyuge, si corresponde. Si los beneficios de seguridad social, discapacidad, jubilación o desempleo están incluidos en los ingresos mensuales, adjunte también un comprobante. LAS SOLICITUDES SERÁN NEGADAS SI NO SE PROPORCIONA.**

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

Si no está trabajando y depende de otra persona para la alimentación y la vivienda, debe completar y certificar una carta de ese proveedor (Carta de apoyo adjunta).

Si recibe cupones de alimentos, deberá presentar un comprobante que documente la cantidad que recibe.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar esta solicitud, comuníquese con:

615.851.6033 opción 1.

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

Envíe la solicitud y todos los documentos solicitados a la dirección que se indica a continuación:

PhyData

PO Box 249

Goodlettsville, TN 37070