

# 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: \_\_\_\_\_



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**