

# Solicitud de Asistencia Financiera

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: \_\_\_\_\_



**Ascension  
Saint Thomas**

**Premier  
Radiology**

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

## INGRESO BRUTO MENSUAL

Ingreso de trabajo del solicitante	_____
Ingreso del cónyuge solicitante	_____
Beneficios de Seguro Social	_____
Ingresos de pensión/jubilación	_____
Compensación por desempleo	_____
Compensación al trabajador	_____
Ingresos por intereses/dividendos	_____
Manutención de los hijos	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingresos de la propiedad de alquiler	_____
Cupones de alimentos	_____
Otro	_____
Otro	_____
<b>INGRESO BRUTO TOTAL</b>	<b>\$ _____</b>

## BIENES

Dinero en mano	_____
Cuenta de ahorros	_____
Cuenta de Cheques	_____
C.D.'s	_____
Valores	_____
Seguro de vida	_____
Otros bienes inmuebles	_____
Otro	_____
<b>Vehículo / Marca y Model</b>	
_____	_____
<b>Año</b>	
_____	_____
<b>Valor</b>	
_____	_____
<b>Acuerdos financieros:</b>	
Seguro de vida	_____
Herencia	_____
Otro	_____
<b>VALOR TOTAL DE LOS ACTIVOS</b>	<b>\$ _____</b>

## GASTOS DE VIDA MENSUALES

	Pago	Compensar
Hipoteca / Alquiler	_____	_____
Electricidad	_____	_____
Gas	_____	_____
Teléfono	_____	_____
Agua	_____	_____
Comestibles	_____	_____
Televisión por cable	_____	_____
Pago del coche	_____	_____
Teléfono móvil	_____	_____
Guardería	_____	_____
Pensión alimenticia / pensión alimenticia	_____	_____
Medicamentos con receta	_____	_____
<b>Tarjetas de crédito:</b>		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
<b>Otras facturas de médico / hospital:</b>		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
<b>Gastos de seguro:</b>		
1. Automóvil	_____	_____
2. Propiedad	_____	_____
3. Médico / Vida	_____	_____
<b>Otros pagos de préstamos:</b>		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
<b>Otros pagos mensuales:</b>		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
<b>GASTOS MENSUALES TOTALES</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

**COMENTARIOS:** \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Por la presente autorizo al hospital a obtener información de agencias externas de informes crediticios si el hospital lo considera necesario.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del paciente, cónyuge, garante o representante legal

# 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: [615-747-2984](tel:615-747-2984).**

**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 POR CORREO ELECTRÓNICO O FAX A:**

**Email: [financialassistance@radpartners.com](mailto:financialassistance@radpartners.com)**

**Fax: 888-622-1655**

**Si no puede enviar la solicitud por correo electrónico o fax, diríjase a la ubicación de Premier Radiology más cercana.**