

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: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____



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	_____
INGRESO BRUTO TOTAL	\$ _____

BIENES

Dinero en mano	_____
Cuenta de ahorros	_____
Cuenta de Cheques	_____
C.D.'s	_____
Valores	_____
Seguro de vida	_____
Otros bienes inmuebles	_____
Otro	_____

Vehículo / Marca y Model	Año	Valor
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Acuerdos financieros:

Seguro de vida	_____
Herencia	_____
Otro	_____

VALOR TOTAL DE LOS ACTIVOS \$ _____

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	_____	_____

Tarjetas de crédito:

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Otras facturas de médico / hospital:

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Gastos de seguro:

1. Automóvil	_____	_____
2. Propiedad	_____	_____
3. Médico / Vida	_____	_____

Otros pagos de préstamos:

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

Otros pagos mensuales:

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

GASTOS MENSUALES TOTALES	\$ _____	\$ _____
---------------------------------	-----------------	-----------------

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

Fax: 888-622-1655

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



Premier
Radiology