



Formulario de solicitud de asistencia financiera

Por favor, rellene toda la información por completo. Si no se aplica, escriba "NA". Adjunte páginas adicionales si es necesario.

INFORMACIÓN DE CRIBADO

Nombre del seguro _____		Número de seguro/identificación _____	
¿Ha solicitado el paciente: TennCare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Seguro Social <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No discapacidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuáles fueron los resultados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No hay <input type="checkbox"/> pendientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No hay <input type="checkbox"/> pendientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No hay <input type="checkbox"/> pendientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No hay <input type="checkbox"/> pendientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No hay <input type="checkbox"/> pendientes	
¿Alguno de estos cargos será manejado por un abogado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene seguro médico /Medicare/Medicaid que pague por sus medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL

Nombre del paciente		Nombre medio del paciente		Apellido del paciente	
estado civil <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> separados <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)		Número de registro médico (MRN) <i>si se conoce</i>		Fecha de nacimiento del paciente	
Número de Seguro Social del Paciente		Número de Seguro Social del Cónyuge			
Nombre del cónyuge		Apellido del cónyuge		Fecha de nacimiento del cónyuge	
Dirección postal				Número de contacto principal () _____	
Ciudad				Dirección de correo electrónico:	
Estado				Código postal	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado (Nombre del empleador: _____) <input type="checkbox"/> desempleados (durante cuánto tiempo desempleado: _____) <input type="checkbox"/> autónomos <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> discapacitados <input type="checkbox"/> jubilado <input type="checkbox"/> otro (_____)					

INFORMACIÓN FAMILIAR

Enumere a los miembros de la familia en su hogar, **incluyéndose a sí mismo**. "Familia" incluye a personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas y son reclamadas como dependientes de su declaración de impuestos federales presentada más recientemente.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre o fuente de ingresos del empleador	Si tiene 18 años o más: Ingresos brutos mensuales totales (antes de impuestos):	¿También solicitando asistencia financiera?
					Sí / No
					Sí / No
					Sí / No

Todos los ingresos de los miembros adultos de la familia deben ser revelados. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo:

- Salarios - Desempleo - Autoempleo - Compensación del trabajador -Discapacidad -SSI - Manutención infantil/conyugal
- Programas de estudio de trabajo (estudiantes) -Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación _____ -

Regional One Health

Formulario de solicitud de asistencia financiera

INFORMACIÓN DE INGRESOS

recorran. Debe incluir comprobante de ingresos con su solicitud.

Usted debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera.

Todos los miembros de la familia de 18 años o más deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, debe enviar una declaración firmada por escrito notariado.

Algunos ejemplos de prueba de ingresos son:

- Declaración de impuestos del año en curso; o
- Información de pago del empleador del año a la fecha; o
- Carta de cupón de alimentos u otra documentación de terceros; o
- Una cuenta de resultados del contador; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros (carta de apoyo) indicando su situación financiera actual y circunstancias si no tiene pruebas de ingresos (notataria)

Ingresos mensuales:

\$ _____

Ingresos mensuales del cónyuge:

\$ _____

¿Presentó impuesto sobre la renta en 20

Sí No

¿Eres un veterano? Sí No

¿Recibe cupones de comida? Sí No

Si es así, ¿cuánto? \$

ACUERDO CON EL PACIENTE

Solicito que regional One Health me dé esa consideración para la atención no compensada y/o medicamentos de menor costo. Entiendo que la información que presento sobre mis ingresos anuales y el tamaño de mi familia está sujeta a verificación por parte de Regional One Health. También entiendo que si se determina que la información que presento es falsa, tal determinación dará lugar a la denegación de servicios prestados como medicamentos sin compensación y/o de costo reducido, y seré responsable de los cargos incurridos. Además, soy consciente de que se trata de un servicio voluntario por parte de Regional One Health, y que mantienen derechos exclusivos de aprobación o denegación.

Afirmo que la información anterior proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma de la persona que solicita

Fecha

Puede enviar por correo sus formularios completados o fax a:

Servicios financieros regionales de salud
877 Jefferson Avenue Memphis, TN 38103

O

Número de fax: 901.545.6780