

## SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA E INSTRUCCIONES

Erlanger tiene una política de asistencia financiera (PAF) que ofrece atención gratuita (asistencia financiera) a quienes califican. Debe revisar la política completa para obtener más información (disponible en [www.erlanger.org/fap](http://www.erlanger.org/fap)). En la siguiente página encontrará el formulario de solicitud. **Tenga en cuenta que la AF se determina revisando los ingresos familiares (antes de impuestos y deducciones) y activos.** Consulte la política para obtener una definición de los ingresos familiares, pero, por lo general, se considera familia a todas las personas que están emparentadas por sangre o matrimonio y que residen juntas. **Además de rellenar el formulario adjunto, debe proveer toda la documentación siguiente para que su solicitud esté completa:**

- Las declaraciones de impuestos completas y firmadas de todos los miembros de la familia correspondientes al último año fiscal, con todas las páginas y anexos.

**Y**

- Dos talones de cheques recientes de cada miembro de la familia. Si algún miembro de la familia recibe beneficios del Seguro Social, también se debe proporcionar una copia de la carta de concesión del año en curso.

**Y**

- Tres meses de estados de cuenta bancarios (todas las páginas) de todas las cuentas bancarias, corrientes, de ahorro, de inversión u otras cuentas de depósito en las que un miembro de la familia tenga participación o autoridad para realizar retiros, firmar o emitir cheques.

**Y**

- Una lista de cualquier posible reclamación o demanda pendiente que pueda resultar en la recuperación de dinero o bienes para un paciente o un miembro de la familia.

De acuerdo con nuestra política, podríamos solicitar información adicional para fines de verificación y aclaración, según sea necesario. Si no cuenta con toda la documentación requerida y desea conversar sobre alternativas aceptables, tiene preguntas sobre AF o necesita ayuda para presentar su solicitud, contáctenos a los números de teléfono que aparecen a continuación. **Puede enviar por correo electrónico, Ponerlo en myChart o enviar por correo postal su formulario de solicitud completo con todos los documentos requeridos a:**

Asistencia Financiera de Erlanger  
975 E 3rd Street  
Box 243  
Chattanooga, TN 37403  
423-778-9805  
[charity.applications@erlanger.org](mailto:charity.applications@erlanger.org)

Servicios Financieros para Pacientes (SFP)  
3990 E. US Hwy. 64 Alt.  
Murphy, NC 28906  
828-835-3662/ 828-837-3897

**Tenga en cuenta que Erlanger o sus agentes verificarán cualquier información proporcionada.**

Cualquier solicitud engañosa, incompleta o fraudulenta será rechazada. Proporcionar información fraudulenta, significativamente inexacta o incompleta puede dar lugar a la revocación de la ayuda financiera si dichas inexactitudes se descubren después de la aprobación de la ayuda financiera.

Además, cualquier información que proporcione puede ser utilizada para buscar el pago de facturas médicas, incluyendo, pero sin limitarse a, la búsqueda de otros seguros o programas.

# SISTEMA DE SALUD DE ERLANGER SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

Proporcione páginas adicionales con información si necesita más espacio para responder a cualquiera de lo siguiente:

| PARTE RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                  |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre                                                                                                                                                                                                             | Estado civil                      | FDN                                                      | Número de Seguro Social                                                                                                                                                                  |
| Dirección, Ciudad, Estado y Código postal                                                                                                                                                                          | ¿Cuánto tiempo en esta Dirección? |                                                          | Número de Teléfono de Casa                                                                                                                                                               |
| Nombre y Dirección del Empleador                                                                                                                                                                                   | Número de Teléfono del Negocio    |                                                          | Puesto/título & Duración del Empleo.                                                                                                                                                     |
| CÓNYUGE                                                                                                                                                                                                            |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
| Nombre                                                                                                                                                                                                             |                                   | FDN                                                      | Número de Seguro Social                                                                                                                                                                  |
| Nombre y Dirección del Empleador                                                                                                                                                                                   | Número de Teléfono del Negocio    |                                                          | Puesto/título & Duración del Empleo.                                                                                                                                                     |
| INFORMACIÓN DEL HOGAR (Todas las personas del hogar)                                                                                                                                                               |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
| Nombre                                                                                                                                                                                                             | DOB                               | Relación                                                 | Empleador e ingresos brutos mensuales (incluyendo SS, Incapacidad, Manutención de los hijos, Pensión alimenticia, Salarios, Dividendos, Alquileres, Beneficios, Sorteos, Distribuciones) |
|                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
| Total de Personas en el Hogar:                                                                                                                                                                                     |                                   | Ingresos Mensuales Totales del Hogar Antes de Impuestos: |                                                                                                                                                                                          |
| Estimación de los Gastos Mensuales del Hogar:                                                                                                                                                                      |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
| ¿Tiene usted o algún miembro de su hogar alguna reclamación potencial o demanda pendiente que pueda dar lugar a la recuperación de dinero o bienes para usted o algún miembro de su hogar? Si es así, descríbalos: |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
| ACTIVOS DEL HOGAR (valor)                                                                                                                                                                                          |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
| Cuenta de cheques & Ahorros: \$                                                                                                                                                                                    | Inversiones: \$                   |                                                          | CDs: \$                                                                                                                                                                                  |
| IRA/401(k): \$                                                                                                                                                                                                     | Otros: \$                         | Propietario de Negocio: \$                               |                                                                                                                                                                                          |
| ¿Usted o algún miembro de su hogar es propietario de algún bien inmueble? En caso afirmativo, indique propietario(s), dirección(es), valor(es) y cualquier cantidad que se deba en una hipoteca.                   |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
| ¿Algún miembro de la familia es beneficiario de un fideicomiso? Si es así, identifique el fideicomiso, el fideicomisario y la información de contacto, y describa cualquier distribución.                          |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
| VEHÍCULOS DE MOTOR Y RECREATIVOS (carros, camiones, casa móvil, barcos, motocicletas, etc.)                                                                                                                        |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
| Año, Marca, Modelo y Propietario                                                                                                                                                                                   | Pago Mensual                      | Valor Actual                                             | Monto que Debe Actualmente                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                          |

Por la presente afirmo y doy fe de que mi solicitud (incluidos los documentos requeridos) es verdadera, completa y correcta. Doy mi consentimiento para que Erlanger o sus agentes verifiquen cualquier información que yo proporcione - a través de comprobaciones de informes crediticios o búsquedas similares - y para que utilicen dicha información en la búsqueda del pago de las facturas médicas, incluyendo, pero sin limitarse a, la búsqueda de otros seguros o programas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco si es distinto al del Paciente: \_\_\_\_\_

\*\*\*Adjunte la documentación requerida tal y como se describe en las instrucciones para una solicitud completa\*\*\*