

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.

Todas las personas, aseguradas o no, pueden solicitar ayuda financiera. En la siguiente página encontrará el formulario de solicitud. **Tenga en cuenta que la AF se determina teniendo en cuenta 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 más recientes de todos los miembros de la familia. Esto incluye las declaraciones de impuestos de ambos cónyuges que no presenten declaración conjunta y las declaraciones de impuestos de cualquier persona relacionada que esté obligada a presentar una declaración de impuestos y que resida en el mismo hogar. Si algún miembro de la familia trabaja por cuenta propia o es propietario de una empresa, deberá presentar también el Anexo C, el Anexo F y el Anexo K-1, según corresponda. Un miembro de la familia también puede presentar una nómina o talón de cheque reciente en lugar de una declaración de impuestos si no tiene otra fuente de ingresos aparte del trabajo reflejado en el talón de cheque.

Y

- Los estados de cuenta más recientes de todas y cada una de las cuentas bancarias, de cheques, de ahorro, de inversión o de otro tipo de depósito en las que un miembro de la familia tenga un interés de propiedad o autoridad para retirar, firmar o emitir cheques.

Y

- Una lista de las posibles reclamaciones o juicios pendientes que puedan dar lugar a la recuperación de dinero o bienes para un paciente o miembro de la familia.

Aunque no es obligatorio, también puede incluir una carta con su solicitud que describa cualquier dificultad particular u otra información que considere relevante para la determinación de la ayuda financiera.

Si no tiene toda la documentación requerida y quiere discutir alternativas aceptables, tiene preguntas sobre AA o desea asistencia para solicitarla, por favor, póngase en contacto con Servicios financieros para pacientes (SFP). Después de rellenar el formulario adjunto, envíelo con todos los documentos requeridos a SFP.

Servicios Financieros para Pacientes (SFP)
1501 Riverside Dr., Suite 105
Chattanooga, TN 37406
423-778-3296

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: _____
Número de
paciente: _____

Número de expediente
médico: _____

Esta solicitud de AF es para (elegir una): Tratamiento anterior Tratamiento futuro

Proporcione páginas adicionales con información si necesita más espacio para responder a cualquiera de los siguientes puntos:

PARTE RESPONSABLE			
Nombre	Estado civil	Número de Seguro Social	
Dirección	¿Cuánto tiempo en esta dirección?	Número de teléfono de casa	
Nombre y dirección del empleador	Número de teléfono de la empresa	Puesto/título & Duración del empleo.	
CÓNYUGE			
Nombre			Número de Seguro Social
Nombre y dirección del empleador	Número de teléfono de la empresa	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: \$	Propiedad de negocio: \$	
¿Usted o algún miembro de su hogar es propietario de algún bien inmueble? En caso afirmativo, indique el(los) propietario(s), la(s) dirección(es), el(los) 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 RECREATIVO (carros, camiones, casa móvil, barcos, motocicletas, etc.)			
Año, marca, modelo y propietario	Pago mensual	Valor actual	Importe actual adeudado

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 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*****