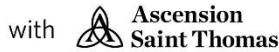


# Highpoint Health



## Solicitud de asistencia financiera

### 1. Información del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Inicial del segundo nombre      Apellido

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_  
Calle                                      Ciudad                                      Estado/código postal

Número de teléfono del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_      Estado civil del paciente: \_\_\_\_\_  
Soltero o casado

Número de seguro social del paciente: \_\_\_\_\_

Número de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

### 2. Información del garante

Nombre del garante: \_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Inicial del segundo nombre      Apellido

Domicilio del garante: \_\_\_\_\_  
Calle                                      Ciudad                                      Estado/código postal

Número de teléfono del garante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del garante: \_\_\_\_\_      Estado civil del garante: \_\_\_\_\_  
Soltero o casado      Número

de seguro social del garante: \_\_\_\_\_

Parentesco del garante con el paciente: \_\_\_\_\_

### 3. Información del cónyuge

**Nota:** Si el paciente/garante está casado, entonces se requiere la información financiera y la firma del cónyuge para procesar esta solicitud.

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Inicial del segundo nombre      Apellido

Domicilio del cónyuge: \_\_\_\_\_  
Calle                                      Ciudad                                      Estado/código postal

Número de teléfono del cónyuge: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del cónyuge: \_\_\_\_\_

Número de seguro social del cónyuge: \_\_\_\_\_

### 4. Información del hogar

#### Dependientes

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento

**Información sobre el empleo y seguro médico**

	Paciente/garante	Cónyuge
Nombre del empleador (Si está desempleado, escriba "ninguno")		
¿Es estudiante? (En caso afirmativo, escriba el nombre de la escuela)		
¿Tiene seguro médico? (S/N)		
Si no tiene seguro, ¿puede obtenerlo		
	Paciente/garante	Cónyuge
<b>a través de su empleador o escuela? (S/N)</b>		
¿Tiene Medicare? (S/N)		
¿Tiene Medicaid? (S/N)		
¿Recibe beneficios para veteranos? (S/N)		

**Ingresos totales del hogar**

Tome en consideración el ingreso mensual total de su hogar, proveniente de todas las fuentes de ingresos:

<input type="checkbox"/> Salarios	\$ _____	<input type="checkbox"/> Propinas	\$ _____
<input type="checkbox"/> Trabajo independiente	\$ _____	<input type="checkbox"/> Ingresos comerciales	\$ _____
<input type="checkbox"/> Ingresos derivados de intereses	\$ _____	<input type="checkbox"/> Dividendos	\$ _____
<input type="checkbox"/> SSI/Seguro social	\$ _____	<input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler de inmuebles	\$ _____
<input type="checkbox"/> Manutención de niños	\$ _____	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____
<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos	\$ _____	<input type="checkbox"/> Indemnización por accidente laboral	\$ _____
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Cupones de alimentos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensión/jubilación	\$ _____	<input type="checkbox"/> Ingresos agrícolas	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro/anualidades	\$ _____	<input type="checkbox"/> Asistencia pública	\$ _____
<input type="checkbox"/> Ingresos fiduciarios	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otros	\$ _____

## 5. Documentos necesarios

Adjunte copias de los documentos enumerados a continuación tanto para el paciente/garante como para su cónyuge. Envíe únicamente copias; no se requieren documentos originales:

- La declaración de impuestos más reciente, la cual debe incluir los formularios W-2 y los anexos complementarios correspondientes.
- Los dos últimos recibos de nómina o una carta de su empleador para verificar los ingresos, que incluya el número de teléfono y la dirección del empleador.
- Estados de cuenta bancarios de los últimos 2 meses.
- Verificación por escrito de cualquier otro ingreso recibido, como manutención de niños, seguro social o pensión alimenticia.

O

- Si no tiene ingresos, proporcione una carta o un comentario a continuación en donde indique de dónde provienen los recursos para cubrir los gastos de manutención.

## 6. Otros comentarios

## 7. Atestación

Por la presente, reconozco que la información proporcionada en esta solicitud, incluidos los documentos adjuntos, es verdadera, completa y exacta según mi leal entender. Además, comprendo que para ser elegible para la asistencia financiera, debo tomar todas las medidas necesarias para solicitar y obtener cualquier otra fuente de pago disponible, como Medicaid, Medicare, seguro médico, etc.

Por la presente, autorizo a Highpoint Health with Ascension Saint Thomas a contactar a cualquier persona, empresa u organización para verificar la información proporcionada, y otorgo permiso a dicha persona, empresa u organización para divulgar dicha información a un hospital de Highpoint Health. También autorizo a Highpoint Health a solicitar un informe de crédito del consumidor.

Firma del paciente/garante: \_\_\_\_\_ Fecha

Firma del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha

## 8. Instrucciones de envío/información de contacto

Envíe por correo postal su solicitud de asistencia financiera completa, junto con los documentos correspondientes, a:

Highpoint Health with Ascension Saint Thomas

Attn: Financial Counselor

PO Box 1558

Gallatin, TN 37066

Para obtener más información sobre la Política de asistencia financiera de Highpoint Health, o si necesita ayuda con esta solicitud, llame a Servicios financieros de pacientes al 615-328-6615 o consulte con un asesor financiero en 555 Hartsville Pike, Gallatin, TN 37066.

El proceso de tramitación demora 30 días.

Procesado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Asesor financiero

Determinación de elegibilidad: ( ) Sí ( ) No Descuento: \_\_\_\_\_%

En caso de denegación, especifique el motivo: \_\_\_\_\_

Revisado/aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Gerente/director de acceso de pacientes  
(o representante)

\_\_\_\_\_  
Director de Servicios financieros de pacientes  
(o representante) Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Director de finanzas hospitalarias/director financiero  
(o representante) Fecha: \_\_\_\_\_

# Instrucciones para completar la solicitud de asistencia financiera

## 1. Información del paciente

**Nombre del paciente:** escriba claramente en la línea en blanco el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del paciente.

**Dirección del paciente:** Escriba claramente en el espacio en blanco la dirección completa del paciente, incluidos la ciudad, el estado y el código postal.

**Número de teléfono del paciente:** Escriba claramente en el espacio en blanco el número de teléfono del paciente. **Fecha de nacimiento del paciente:** Escriba claramente en el espacio en blanco la fecha de nacimiento del paciente.

**Estado civil del paciente:** escriba claramente "soltero" o "casado".

**Número de seguro social del paciente:** Escriba claramente en el espacio en blanco el número de seguro social del paciente.

**Número de cuenta del paciente:** Escriba claramente en el espacio en blanco el número de expediente médico emitido por Sumner Regional Medical Center al paciente, o el número de identificación del garante si la solicitud es para los saldos de un dependiente.

## 2. Información del garante (complete esta sección si corresponde)

**Nombre del garante:** Escriba claramente en el espacio en blanco el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del padre, tutor legal o de otra persona responsable del paciente ("garante").

**Dirección del garante:** Escriba claramente en el espacio en blanco la dirección donde vive el garante, incluidos la ciudad, el estado y el código postal.

**Número de teléfono del garante:** Escriba claramente en el espacio en blanco el número de teléfono del garante. **Fecha de nacimiento del garante:** Escriba claramente en el espacio en blanco la fecha de nacimiento del garante.

**Estado civil del garante:** escriba claramente "soltero" o "casado".

**Número de seguro social del garante:** Escriba claramente en el espacio en blanco el número de seguro social del garante.

**Parentesco del garante con el paciente:** Describa cuál es el parentesco del garante con el paciente, por ejemplo, el padre o tutor legal.

**3. Información del cónyuge** (complete esta sección si corresponde; se puede omitir si el paciente/garante es soltero) **Nombre del cónyuge:** Escriba claramente en el espacio en blanco el primer nombre, la inicial del segundo nombre y el apellido del cónyuge del paciente/garante.

**Dirección del cónyuge:** Escriba claramente en el espacio en blanco la dirección donde vive su cónyuge (o indique "la misma" si usted y su cónyuge viven en la misma dirección).

**Número de teléfono del cónyuge:** Escriba claramente en el espacio en blanco el número de teléfono de su cónyuge. **Fecha de nacimiento del cónyuge:** Escriba claramente en el espacio en blanco la fecha de nacimiento de su cónyuge.

**Número de seguro social del cónyuge:** Escriba claramente en el espacio en blanco el número de seguro social de su cónyuge.

#### **4. Información del hogar**

**Dependientes:** escriba claramente en el espacio provisto el nombre, parentesco y fecha de nacimiento de cada persona en su hogar que pueda reclamar como dependiente en su declaración de impuestos (hijos o adultos a quienes proporcione financieramente más del 50 % de sus gastos de manutención). Puede adjuntar hojas de papel adicionales si necesita más espacio.

**Información sobre el empleo y seguro médico:** Tanto el paciente/garante como su cónyuge deben responder a todas las preguntas indicadas. Escriba "Sí" o "No" o proporcione la información solicitada en cada casilla correspondiente.

**Ingreso total del hogar:** Escriba claramente en el espacio en blanco el ingreso total que su hogar (generado por usted, su cónyuge y sus dependientes) recibe cada mes proveniente de todas las fuentes de ingresos. Puede adjuntar hojas de papel adicionales si necesita más espacio.

- En caso de que su hogar reciba ingresos de una fuente que no esté mencionada en la lista, especifique ese monto en la sección designada como "Otro".
- Si su hogar recibe ingresos de una fuente que no se percibe mensualmente, calcule la suma total que ha recibido de esa fuente durante los últimos 12 meses, divídala por 12 e indique ese monto en la solicitud.

#### **5. Documentos necesarios**

Los documentos enumerados en esta sección son necesarios para ayudarnos a determinar si usted califica para la asistencia financiera de acuerdo con la Política de asistencia financiera de Highpoint Health. Si no cuenta con alguno de los documentos mencionados o no puede proporcionarlos, incluya una explicación del motivo. Tenga presente que el personal de Servicios financieros de pacientes podría requerir información o documentación adicional al procesar su solicitud.

#### **6. Comentarios**

Utilice este espacio para brindar cualquier información adicional que considere relevante para la evaluación de su solicitud de asistencia financiera.

#### **7. Atestación**

**Firma del paciente/garante:** Lea detenidamente la declaración de atestación de este apartado y luego ponga su firma y la fecha en la solicitud.

**Firma del cónyuge:** Solicite a su cónyuge, en caso de estar casado, que lea detenidamente la declaración de atestación que figura en este apartado, luego ponga su firma y la fecha en la solicitud.