

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
a través de su empleador o escuela? (S/N)		
¿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.