

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA (Application for Financial Assistance)

Mountain States Health Alliance reconoce que puede haber una necesidad para asistencia financiera para individuos que tienen ingresos limitados en pagar sus biles del hospital. Elegibilidad para asistencia financiera es a base del criterio establecido y la informacion contenida en esta solicitud.

La intencion de esta forma es para recoger informacion que pueda ayudar en determinar su necesidad financiera. Por favor, complete cada detalle de esta Solicitud e incluya la documentacion que respalda los detalles en la pagina numero 2. Es extremadamente importante completar esta Solicitud en cuanto la reciba y devuelvala entre 10 dias a la direccion notada debajo.

Mountain States Health Alliance
ATTN: Patient Accounts
P.O. Box 1817
Johnson City, TN 37605-1817

Numero(s) de la Cuenta del Paciente
<div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black;"> </div>

Nombre del Paciente	Apellido	Primer	Inicial Media	Fecha de Nacimiento
Partido Responsable		Numero de Seguro Social		Telefono de la Casa
Dirreccion		Ciudad	Estado	Codigo Postal
Empleador <input type="checkbox"/> Desempleado			Telefono del Trabajo	Son cualquiera de las cuentas mencionadas anteriormente debido a un accidente automovilistico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Numero en la Casa	Ofrece Su Empleador Seguro Medico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si lo ofrece y usted no lo subscribe, por favor indique la razon:			
Dependiente(s) Nombre(s) y Edad(es)		Recibe pagos de incapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - por cuanto Tiempo? _____	Es Veterano? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - en cual rama _____	Ingresos Totales Anuales de Casa

Nombre de Esposo/Esposa	Numero de Seguro Social (Esposo/Esposa)	Telefono del Trabajo
Patron (Esposo/Esposa) <input type="checkbox"/> Desempleado	Ofrece su Empleador Seguro Medico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si lo ofrece y usted no lo subscribe, por favor indique la Razon:	

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta forma, por favor llame a Servicios Financieros al Paciente, telefono 423-431-1700 o llame gratis al 1-877-281-5665.

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA (Application for Financial Assistance)

Por favor, presente prueba de todos sus ingresos y sus bienes indicados en esta pagina, incluyendo sus respuestas para los numeros 1, 2, y 3 (abajo). Su solicitud no puede ser considerada si no incluye esta informacion y su solicitud sera devuelta.

1. Reciente talon de pago (De la persona responsable y de su Esposo/Esposa) **REQUISITO.**

3. Estado de Cuentas de Cheques y Ahorros (por un mes completo) **REQUISITO.**

2. Las ultimas dos Declaraciones de Impuestos del Federal con Ganancias y Perdidas **REQUISITO.**

GANANCIAS (mensuales)

Paciente	\$ _____
Esposo/Esposa	\$ _____
Dependientes	\$ _____
Asistencia Publica	\$ _____
Estampillas de Comida	\$ _____
Seguro Social	\$ _____
Desempleo	\$ _____
Beneficios de Huelga	\$ _____
Compensacion de	
Trabajadores	\$ _____
Pension Alimenticia	\$ _____
Suporte de Niños	\$ _____
Pagos del Militar	\$ _____
Pensiones	\$ _____
Ganancias de Alquilar	\$ _____
Certificados de Deposito	\$ _____
Dividendos, Intereses	\$ _____
TOTAL:	\$ _____

GASTOS (mensuales)

Alquiler/Hipoteca	\$ _____
Seguro de Dueño de Casa	\$ _____
Impuestos de Propiedad	\$ _____
Electricidad	\$ _____
Gasolina/Propano	\$ _____
Agua	\$ _____
Telefono/Telefono Celular	\$ _____
Comida	\$ _____
Pago de Auto	\$ _____
Seguro de Auto	\$ _____
Gasolina	\$ _____
Suporte de Divorcio	\$ _____
Cuidado de los Niños	\$ _____
Ropa	\$ _____
Tarjetas de Credito	
(Total Por Mes)	\$ _____
Prestamos	\$ _____
Seguro Medico	\$ _____
Seguro de Vida	\$ _____
Otros Gastos	\$ _____
TOTAL:	\$ _____

FONDOS

Cuenta de Cheques	\$ _____
Cuenta de Ahorros	\$ _____
Certificados de Deposito	\$ _____
IRAs	\$ _____
Inversiones	\$ _____
Bolsas/Bonos	\$ _____
Terreno/Propiedades	
que no sea su hogar	\$ _____

Vehiculos	Marca	Estimado Valor
Auto #1	_____	\$ _____
Auto #2	_____	\$ _____
Motocicleta #1	_____	\$ _____
Motocicleta #2	_____	\$ _____
Barco	_____	\$ _____
Vehiculo de Recreo	_____	\$ _____

Por favor, haga una lista de cualquier otra informacion que pueda ayudar en determinar si usted es elegible para asistencia en el pago de la cuenta del hospital. Adjunte esta informacion adicional, si es necesaria.

Si usted reporta cero ingresos, tiene que darnos declaraciones firmadas por el individuo que le proporciona su alojamiento y comida, declaraciones firmadas que certifiquen su estado de desempleado, y una declaracion firmada donde usted explica como sus gastos del diario son cubiertos con ingresos cero reportados.

Yo certifico que la informacion proporcionada en esta solicitud esta completa y exacta. Yo entiendo que Mountain States Health Alliance puede verificar la informacion financiera contenida en esta solicitud con el proceso de evaluacion del hospital y puede mandar pedir un historial de credito. Yo autorizo al hospital para que pueda ponerse en contacto con mi empleador para verificar que la informacion proveida en esta solicitud este correcta y tambien autorizo que pueda pedir reportes sobre mi persona a agencias que reportan credito. Yo entiendo que esta informacion sera usada en determinar mi elegibilidad para obtener asistencia financiera y entiendo que falsificar la informacion en esta solicitud resultara en la negacion de cualquier tipo de ayuda.

Firma Paciente / Guardian / Fiador _____ **Fecha** _____