

3 de enero de 2023

Estimado paciente/solicitante:

Ascension Saint Thomas Rehabilitation Hospital se basa en la compasión y se aboca a ofrecer una atención personalizada a todas las personas, especialmente a quienes más la necesitan. Nuestra misión y privilegio es ofrecer ayuda económica a nuestros pacientes. La ayuda económica está disponible solo para la atención de emergencia y la medicación necesaria. Le agradecemos por confiarnos su atención y la de su familia para satisfacer todas sus necesidades de atención de la salud.

Le enviamos esta carta y adjuntamos la solicitud de ayuda económica porque recibimos su pedido. Si no la solicitó, ignore esta carta. Complete ambos lados del formulario, fírmelo y coloque la fecha antes de enviarlo. Si completó la solicitud en los últimos seis meses y aprobamos la ayuda económica, avísenos. Es posible que no deba completar una solicitud nueva. No consideraremos una solicitud anterior de más de seis meses de antigüedad.

Junto con la solicitud, entregue una copia de al menos uno de los siguientes documentos como constancia de ingresos. Si está casado o ha vivido con su pareja durante seis meses o más, su cónyuge o pareja también deberá presentar una copia de al menos uno de los siguientes documentos como constancia de ingresos antes de que pueda procesarse la solicitud.

- Copias de los últimos tres recibos de sueldo del empleador
- Copias de la última declaración de impuestos anual (los trabajadores independientes deben incluir todas las declaraciones complementarias)
- Carta de adjudicación del Seguro Social o de pensión o jubilación
- Última declaración de impuestos anual del padre o tutor, si el solicitante es un dependiente de este, figura en el formulario de impuestos y tiene menos de 25 años
- Otros documentos de validación de ingresos
- Copias de los resúmenes de cuenta bancaria de los últimos tres meses
- Copia del recibo de beneficios por desempleo

Si usted recibe ayuda o vive con algún familiar o amigo, complete el documento adjunto denominado "Carta de apoyo". Esto no hará responsables a estas personas por sus facturas médicas, sino que demostrará que usted puede afrontar los gastos de subsistencia. Si no recibe ayuda de ningún familiar o amigo, no es necesario que complete la carta de apoyo.

Por último, presente documentación donde consten los costos médicos, de farmacia o medicamentos que adeude en el mes.

Tenga en cuenta que debemos recibir la solicitud completa y una constancia de ingresos para que podamos considerar la solicitud. No podemos procesar ni considerar solicitudes que no estén completas.

Recuerde que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras. Si bien es poco probable, existe la posibilidad de que la información que usted incluye en un mensaje de correo electrónico sea interceptada y leída por otras partes además de la persona al que va dirigido.

Queremos proteger su información personal y garantizar que permanezca segura. Debido a que su solicitud contiene su número de Seguro Social y otros datos privados, le recomendamos que los envíe por correo electrónico.

Imprima la solicitud, complétela y envíela por correo postal o entréguela personalmente en la siguiente dirección:

**Ascension Saint Thomas
Rehabilitation Hospital
310 21st Avenue North
Nashville, TN 37203**

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame al (629) 253-5300 para hablar con un representante de pacientes.

Atentamente,

Servicios Financieros para Pacientes
Ascension Saint Thomas Rehabilitation Hospital

Formulario de solicitud de ayuda económica

Información del paciente

(Escriba en imprenta y complete todos los campos. Indique N/C si alguna parte de la solicitud no corresponde).

Fecha _____ Número de cuenta _____

Nombre completo _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social (opcional) _____

Empleador _____ Condición de empleo _____

Cantidad de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Información de la parte responsable/del tutor legal

(Si el paciente mencionado anteriormente es la parte responsable, deje esta sección en blanco).

Nombre completo _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social (opcional) _____

Empleador _____ Condición de empleo _____

Cantidad de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Información del cónyuge de la parte responsable

(Si el paciente es la parte responsable, complete la información del cónyuge del paciente).

Nombre completo _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social (opcional) _____

Empleador _____ Condición de empleo _____

Cantidad de horas trabajadas por semana _____ Número de teléfono del empleador _____

Dependientes de la parte responsable

(Si el paciente es la parte responsable, complete la información del cónyuge del paciente).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con la parte responsable _____

Cantidad de adultos y niños del grupo familiar _____

Ingresos mensuales

(Indique las cantidades en dólares para cada uno de los siguientes puntos. Indique la cantidad mensual para cada uno).

Ingresos del solicitante _____
Ingresos del cónyuge del solicitante _____
Beneficios del Seguro Social _____
Ingresos de pensión/jubilación _____
Ingresos por discapacidad _____
Indemnización por desempleo _____
Indemnización laboral _____
Ingresos por intereses/dividendos _____

Manutención infantil recibida _____
Pensión alimenticia recibida _____
Ingresos por alquiler de propiedades _____
Vales de alimentos _____
Distribución de fideicomiso recibida _____
Otros ingresos _____
Otros ingresos _____
Total de ingresos brutos mensuales \$ _____

Gastos mensuales de subsistencia

Hipoteca/alquiler _____
Servicios básicos _____
Teléfono fijo _____
Teléfono celular _____
Provisiones/alimentos _____
TV por cable/Internet/TV satelital _____
Pago de automóvil _____
Cuidado de niños _____

Manutención infantil/pensión alimentaria _____
Tarjetas de crédito _____
Facturas de médicos/hospitales _____
Seguro del automóvil _____
Seguro del hogar/de propiedades _____
Seguro médico/de salud _____
Seguro de vida _____
Otros gastos mensuales _____
Total de gastos mensuales \$ _____

Activos

Dinero en efectivo/caja de ahorro/cuenta corriente _____
Acciones/bonos/inversiones/certificados de depósitos _____
Otro inmueble/residencia secundaria _____
Bote/motocicleta/vehículo recreativo _____
Automóviles de colección/automóviles no esenciales _____
Otros activos _____

Por medio de la presente, certifico que la información anterior es verdadera y está completa a mi leal saber y entender. Autorizo al hospital a obtener información de agencias externas de informe de créditos si lo considera necesario.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Comentarios _____

