SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

MAURY REGIONAL HEALTH

Estimado(a) Paciente de Maury Regional:

Este paquete incluye:

1. Instrucciones del paquete de solicitud
2. Requisitos de documentación de respaldo
3. Solicitud de ayuda financiera

Las solicitudes se procesan con la información proporcionada. Por favor, tenga en cuenta que procesar su solicitud puede tomar hasta seis (6) semanas. La elegibilidad se basa en las Pautas Federales de Pobreza. La cobranza a su cuenta continuará hasta que entregue la documentación requerida a Maury Regional Hospital. Si la documentación de respaldo no se presenta con la solicitud y/o se identifica la falsificación de cualquier parte de la solicitud, su solicitud será denegada. Maury Regional Hospital se reserva el derecho de revertir la asistencia financiera si se presenta información que indique que el/la paciente o garante tiene la capacidad de pagar los servicios, y que la asistencia financiera no debería haber sido aprobada.

Se debe presentar toda la documentación de respaldo pertinente para que se le considere para recibir asistencia. Las solicitudes incompletas serán rechazadas, y tendrá que realizar el pago total. Una vez que haya completado la solicitud, envíe por correo postal el paquete completo a la dirección que figura a continuación.

Hospital Regional de Maury
Attn: Patient Services
1224 Trotwood Avenue
Columbia, TN 38401

Información de contacto: Teléfono # 931-381-1111 ext 7262
Fax# 931-398-6512
Correo electrónico: FinancialCounselor@mauryregional.com

***Este programa no es cubre todos los médicos u otros honorarios profesionales facturados por separado del centro hospitalario. Es su responsabilidad comunicarse con sus otros proveedores para solicitar asistencia financiera.**

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

MAURY REGIONAL HEALTH

DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO: LEA ATENTAMENTE

SE REQUIEREN LOS SIGUIENTES **COMPROBANTES** DE INGRESOS/ACTIVOS QUE CORRESPONDAN A **USTED Y SU CÓNYUGE**, Y A CUALQUIER OTRO(A) DEPENDIENTE DE SU HOGAR.

- ***Si usted o su cónyuge están empleados*** proporcione sus 2 talones de cheques consecutivos más recientes que muestren su ingreso bruto de este año hasta la fecha.
- ***Si usted o su cónyuge trabajan por cuenta propia*** envíe todas las páginas de su declaración de impuestos del año anterior, incluidos todos los formularios de Anexo Comercial (Business Schedule).
- ***Para quienes cobran Seguro Social*** proporcione una carta de adjudicación que indique cuánto recibe para el año en curso. El Seguro Social le enviará una nueva si es necesario, llame al 800-772-1213.
- ***Si recibe jubilación/pensión*** proporcione un talón de cheque, una declaración de beneficios o un formulario W2.
- ***Si no tiene ingresos*** usted debe proporcionar:
  - Dos cartas notariadas: una de la persona que lo/la está ayudando con comida, vivienda y otro tipo de apoyo financiero con una explicación al respecto, y una segunda carta notariada de un miembro que no sea familiar suyo(a) y que no viva en su hogar que valide su situación financiera.
  - Proporcione una copia de su última declaración de impuestos. Se aceptan las declaraciones de impuestos obtenidas de IRS.gov.
  - Si es un(a) estudiante de tiempo completo, proporcione una copia de su expediente académico actual.
- ***Dos meses (60 días) de estados de cuenta bancarios consecutivos actuales*** para todas sus cuentas bancarias (corriente, ahorros, etc.). Todos los estados de cuenta deben incluir el nombre y la dirección del titular de la cuenta, y el nombre/logotipo del banco para fines de identificación. Dé una breve explicación de cualquier depósito superior a $500.00.
- ***Dos meses (60 días) de estados de cuenta para cualquier cuenta de inversión*** Por ejemplo: certificados de depósito, acciones, bonos, IRA, 401k, 403b, etc.
- ***Dos meses (60 días) de estados de cuenta para cualquier aplicación de pago*** Por ejemplo: Paypal, CashApp, Venmo, Square Inc, GooglePay, MetaPay, etc.
- ***Si ha solicitado beneficios de discapacidad del seguro social*** *pero* aún no ha recibido una decisión o se le han denegado, incluya una copia de la correspondencia más reciente sobre los beneficios de discapacidad (confirmación de solicitud, carta de un abogado, carta de la oficina del seguro social, carta de determinación de discapacidad, etc.)
- ***Si está recibiendo beneficios por discapacidad a corto o largo plazo*** proporcione sus 2 talones de cheques más recientes o una carta de su empleador que indique cuánto recibe y por cuánto tiempo.
- ***Si le han despedido del trabajo*** proporcione una carta de compensación por desempleo.
- ***Si está recibiendo beneficios de Compensación a Trabajadores*** debe proporcionar evidencia de la aprobación de los beneficios de compensación a trabajadores.
- ***Si recibe manutención infantil o pensión alimenticia*** proporcione la orden judicial que muestre cuánto recibe.
- ***Si recibe beneficios de SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, anteriormente conocido como Cupones de Alimentos) u otro apoyo del gobierno*** debe proporcionar un comprobante de la cantidad (una copia del Departamento de Servicios Humanos).
- ***Si está reclamando dependientes*** Prueba de dependientes enumerados en la solicitud, proporcione la página de dependientes de sus impuestos.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

MAURY REGIONAL HEALTH

NOMBRE COMPLETO DE EL/LA SOLICITANTE:_____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:_____ **FECHA DE NAC.**:_____

DIRECCIÓN:_____**¿SE HA MUDADO EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS?** _____

CIUDAD:_____ **ESTADO**:_____ **CÓDIGO POSTAL**:_____

TELÉFONO PRINCIPAL:_____ **TELÉFONO SECUNDARIO**:_____

¿ES USTED CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? □ Sí □ No (debe proporcionar prueba de estatus migratorio legal)

ESTADO CIVIL (marque la casilla correspondiente)

□ Casado/a □ Divorciado/a □ Soltero/a □ Viudo/a

□ Separado/a legalmente (debe proporcionar documentación judicial para probar la separación)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE SALUD:_____

¿ES ESTA UNA PÓLIZA DE SEGURO COBRA? □ Sí □ No

*SI NO TIENE SEGURO MÉDICO HOY, ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE LO TUVO?*_____

HA EXPERIMENTADO CAMBIOS RECIENTES COMO (marque la casilla correspondiente)

□ Matrimonio □ Divorcio □ Nacimiento □ Adopción □ Mudanza □ Pérdida de seguro □ Denegación de Medicaid

□ Cambio en los ingresos □ Liberado/a de la cárcel/prisión □ Obtuvo la ciudadanía estadounidense □ Obtuvo/se convirtió en dependiente □ Ninguno

¿HA SOLICITADO TENNCARE/MEDICAID? □ Sí □ No □ No estoy seguro/a

¿ESTUVO USTED EN CUIDADO DE ACOGIDA A LOS 18 AÑOS? □ Sí □ No

¿ESTÁ EMBARAZADA USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR? □ Sí □ No **En caso afirmativo, proporcione evidencia.*

¿USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR TIENE FACTURAS MÉDICAS ALTAS EN DÓLARES? □ Sí □ No

¿TIENE UN DIAGNÓSTICO RECIENTE DE CÁNCER DE MAMA/CERVICAL O ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL (ESRD)? □ Sí □ No **En caso afirmativo, marque con un círculo cuál.*

ESTADO LABORAL DEL/DE LA SOLICITANTE (marque la casilla correspondiente)

□ Empleo a tiempo completo □ Empleo a tiempo parcial □ Trabajo por cuenta propia □ No empleado/a □ Jubilado/a

□ Se le considera discapacitado/a por la administración del seguro social □ Solicitante de beneficios de discapacidad del seguro social

□ Actualmente parte de la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)

□ Recibe ingresos de póliza de discapacidad a corto plazo □ Recibe ingresos de póliza de discapacidad a largo plazo

EMPLEADOR ACTUAL/MÁS RECIENTE DEL/DE LA SOLICITANTE:_____

AÑOS DE EMPLEO O FECHA DE CONTRATACIÓN:_____

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

MAURY REGIONAL HEALTH

ESTADO LABORAL DEL/DE LA CÓNYUGE (marque la casilla correspondiente)

□ Empleo a tiempo completo □Empleo a tiempo parcial □ Trabajo por cuenta propia □ No empleado/a □ Jubilado/a

□ Se le considera discapacitado/a por la administración del seguro social □ Solicitante de beneficios por discapacidad del seguro social

□ Actualmente parte de la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)

□ Recibe ingresos de póliza de discapacidad a corto plazo □ Recibe ingresos de póliza de discapacidad a largo plazo

EMPLEADOR ACTUAL / MÁS RECIENTE DEL/DE LA CÓNYUGE:_____

AÑOS DE EMPLEO O FECHA DE CONTRATACIÓN:_____

INFORMACIÓN FAMILIAR: *Haga una lista de todas las personas en su hogar. Si necesita espacio adicional, utilice una hoja separada.*

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

INGRESOS: *Por favor, indique la cantidad mensual.*

FUENTE	CANTIDAD	FUENTE	CANTIDAD
Seguridad Social	$	Ingresos por Inversiones/Alquiler	$
Jubilación	$	Beneficios de SNAP	$
Sueldos	$	Pensión Alimenticia y/o Manutención de Menores	$
Ingresos por Trabajo por Cuenta Propia	$	Desempleo	$
Beneficios de VA	$	Compensación a Trabajadores	$
OTROS INGRESOS (por favor explique) $			

ACTIVOS Y RECURSOS: *Enumere todos los que correspondan a todo el hogar.*

ACTIVO	VALOR DE MERCADO	ACTIVO	VALOR DE MERCADO
Saldo en Cuenta Corriente	$	Saldo IRA/403b/401k	$
Saldo de Cuenta de Ahorros	$	Saldo de Acciones/Bonos	$
Vehículo #1	$	2da Casa y/o Propiedades de Alquiler	$
Vehículo #2	$	Bote/ATV/Motocicleta/Casa Rodante	$
Vehículo #3	$	Otro(s):	$

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

MAURY REGIONAL HEALTH

GASTOS: *Enumere los montos mensuales a continuación.*

Alquiler/Hipoteca	$	Otros Préstamos	$
Teléfono	$	Seguro de Salud/Vida	$
Cable	$	Seguro de Vivienda	$
Servicios Públicos	$	Seguro Automotriz	$
Pensión Alimenticia	$	Medicación	$
Manutención de Menores	$	Alimentación	$
Préstamos Automotrices	$	Otro(s):	$

Por la presente solicito que Maury Regional Hospital, operando bajo el nombre comercial de Maury Regional Medical Center, haga una determinación por escrito de mi elegibilidad para recibir asistencia financiera por los servicios prestados. Entiendo que la información que envío está sujeta a verificación por parte de Maury Regional Medical Center. También entiendo que si se determina que la información que envío es falsa, mi solicitud de asistencia financiera será denegada y los costos por los servicios prestados serán de mi total responsabilidad.

Por la presente, afirmo que la información contenida en esta solicitud es precisa y autorizo a Maury Regional Hospital, operando bajo el nombre comercial de Maury Regional Medical Center, a utilizar la información de mi informe crediticio en el proceso de determinar mi elegibilidad para su Programa de Asistencia Financiera

FIRMA_____**FECHA**_____

* La solicitud debe estar firmada por el/la solicitante o el/la cónyuge del/de la solicitante.
**Si firma a nombre del solicitante y no es el/la cónyuge, usted debe enviar una copia completa del poder notarial.