SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERIA

Por favor presente en persona, por teléfono o por correo a: 1431 Perrone Way, Franklin, TN 37069

Nombre del paciente: (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre) Número de seguro social # PID#

Dirección del paciente Ciudad/Estado Código postal

_____/_____/_____ Fecha de nacimiento (Mes/Día/Ano)

_____-_____-_____ Número de teléfono

Estado Civil: □ Casado/a □ Soltero/a □Viudo/a □ Separado/a □ Divorciado/a

Información del empleador: Paciente empleado/a? □Si □ No

Si está casado, nombre del cónyuge: _____
¿Cónyuge empleado? □Si □ No

Empleador del paciente: _____

Empleador del cónyuge: _____

Ingresos: **Por favor proporcione el ingreso para cada una de la persona(s) siguiente en su hogar:**

Paciente: □Tiempo Completo □Tiempo Parcial -Total de horas/semana= _____ $_____□Hora □Semana □Quincena □Mes □Ano

Cónyuge: □Tiempo Completo □Tiempo Parcial -Total de horas/semana= _____ $_____□Hora □Semana □Quincena □Mes □Ano □ N/A

Complete solo si el paciente es un menor de edad (18 años y menos):

Madre del paciente o tutor legal:
□Tiempo Completo □Tiempo Parcial -Total de horas/semana= _____ $_____□Hora □Semana □Quincena □Mes □Ano

Padre del paciente o tutor legal:
□Tiempo Completo □Tiempo Parcial -Total de horas/semana= _____ $_____□Hora □Semana □Quincena □Mes □Ano

Ingreso Total Anual del Hogar: $ _____

Total De Cuentas Medicas Pendientes: $ _____
(Copias de las facturas medicas requieren un plazo de 2 semanas)

Verificación de ingresos: La documentación aceptable se indica a continuación. Por favor, envié copias requeridas dentro de 2 semanas.

□Envió de cheque de pago
□Estados de cuentas bancarias
□Declaración de impuestos
□**Otro** _____
□Verificación del empleador
□Ayuda gubernamental (cupones de alimentos, CDIC, Medicaid, TANF)
□Cartas del Seguro Social, Indemnización de trabajadores o Determinación de indemnización por desempleo
□Formularios W-2 del IRS
□**Ninguna (Formulario Certificado Escrito necesario)**

Familiares: Proporcione la cantidad total de personas en la casa del paciente: _____
Nota: Este número solo debe incluir el paciente, el cónyuge del paciente y a los dependientes del paciente. Si el paciente es un menor de edad, incluir el paciente, los padres y los dependientes de los padres (si los hay).

Comprendo que Touchstone puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de ayuda financiera ("Solicitud") con relación a la evaluación de Touchstone de esta Solicitud y, mediante mi firma, por la presente autorizo a mi empleador o a cualquier persona indicada en esta Solicitud a certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta Solicitud. Además, autorizo a Touchstone a solicitar informes de agencias de información de crédito y de la Administración de Seguro Social. Certifico que las declaraciones realizadas en esta Solicitud son verdaderas y correctas, a mi leal saber y entender, y están hechas de buena fe. Soy consciente de que la falsificación o tergiversación de la información en esta Solicitud puede tener como resultado el rechazo del ayuda financiero. También comprendo que algunos médicos y proveedores pueden no ser empleados de Touchstone. Comprendo que puedo recibir facturas por separado de esos proveedores y esta solicitud de ayuda financiera no se aplicará a dichos saldos adeudados.

_____ Firma del paciente o de la parte responsable

_____ Nombre en letra de imprenta

_____ Fecha

For Internal Use Only:

□ Application information obtained by Touchstone Employee in person or over the phone, **no patient signature required.**

_____ Touchstone Employee Name Printed Date

Notes Re: Income/Household Size: _____

Patient is verified Community Care Program? NO YES Program Name: _____