



SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA

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/Año) _____ 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 Año

Cónyuge: Tiempo Completo Tiempo Parcial -Total de horas/semana= _____ \$ _____ Hora Semana Quincena Mes Año 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 Año

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

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, envíe copias requeridas dentro de 2 semanas.

- Envío de cheque de pago Verificación del empleador Formularios W-2 del IRS
- Estados de cuentas bancarias Ayuda gubernamental (cupones de alimentos, CDIC, Medicaid, TANF)
- Declaración de impuestos Cartas del Seguro Social, Indemnización de trabajadores o Determinación de indemnización por desempleo
- Otro _____ 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: _____