



**MARSHALL  
MEDICAL CENTER**

1080 N Ellington Pkwy  
Lewisburg, TN 37091

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Solicito por la presente que Maury Regional Hospital, que opera bajo la razón social Marshall Medical Center, determine por escrito mi elegibilidad para asistencia financiera por los servicios prestados. Entiendo que la información que yo proporcione queda sujeta a la verificación que realice Marshall Medical Center. Asimismo, entiendo que si se determina que la información que presente es falsa, se denegará mi solicitud de asistencia financiera y asumiré la responsabilidad absoluta de los cobros por servicios.

*Si toda la información solicitada arriba no es exacta, se dejó en blanco, o no se incluyó, su solicitud será denegada.*

1. **NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_

2. **DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

3. **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

4. **NÚM. DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_ \*SI NO TIENE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN PARA INDICAR COMPROBANTE DE CIUDADANÍA DE LOS EE.UU. O CONDICIÓN DE INMIGRANTE LEGAL

5. **ESTADO CIVIL** (por favor marque el recuadro que corresponda)

- Casado(a)    Divorciado(a)    Soltero(a)    Viudo(a)    Separado legalmente (tiene que proporcionar documentación de la corte para comprobar separación)

6. **SITUACIÓN DE EMPLEO DEL SOLICITANTE** (por favor marque el recuadro que corresponda)

- Empleado a tiempo completo    Empleado a tiempo parcial    Sin empleo    Jubilado  
 Discapacitado    Solicitó Discapacidad

7. **EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_ **AÑOS DE EMPLEO O FECHA DE CONTRATACIÓN:** \_\_\_\_\_

*SI ACTUALMENTE NO TIENE EMPLEO, INDIQUE LUGAR Y PERÍODO DE EMPLEO MÁS RECIENTE:*

8. **SITUACIÓN DE EMPLEO DEL CÓNYUGE** (por favor marque el recuadro que corresponda)

- Empleado a tiempo completo    Empleado a tiempo parcial    Sin empleo    Jubilado  
 Discapacitado    Solicitó Discapacidad

9. **EMPLEADOR DEL CÓNYUGE:** \_\_\_\_\_ **AÑOS DE EMPLEO O FECHA DE CONTRATACIÓN:** \_\_\_\_\_

*SI ACTUALMENTE NO TIENE EMPLEO, INDIQUE LUGAR Y PERÍODO DE EMPLEO MÁS RECIENTE:*

10. **NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:** \_\_\_\_\_  
**SI ACTUALMENTE NO TIENE COBERTURA DE SEGURO, ¿TUVO COBERTURA EN EL PASADO Y ANTERIORMENTE CUÁNDO TERMINÓ?** \_\_\_\_\_

11. **¿TIENE ALGUNA CUENTA DEBIDO A UN ACCIDENTE LA CUAL PUEDA SER CUBIERTA POR EL SEGURO DEL AUTOMÓVIL, LA COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR (WORKERS' COMPENSATION) O UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL?**  SÍ  NO

(Si la respuesta es SÍ, tiene que comunicarse con nuestra oficina para que podamos presentar la reclamación del seguro antes de poder considerar esas cuentas para Asistencia Financiera.)

12. **¿ES UD. ELEGIBLE PARA: TENNCARE / MEDICAID?**  SÍ  NO (PARA CONSIDERARLE PARA ASISTENCIA FINANCIERA, UD. TIENE QUE SER INELEGIBLE PARA LA COBERTURA DE TENNCARE.)

**¿TIENE COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS?**  SÍ  NO

Puede presentar la solicitud por teléfono, al 1-800-318-2596, o a través del internet

<https://www.healthcare.gov/>

13. **INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA:** Haga una lista de todas las personas que puedan ser consideradas como dependientes, incluido Ud.

	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	EDAD
A)	_____	_____	_____	_____
B)	_____	_____	_____	_____
C)	_____	_____	_____	_____
D)	_____	_____	_____	_____
E)	_____	_____	_____	_____

14. **INGRESOS:** Marque todo lo que corresponda y escriba el importe mensual.

**\*SE REQUIERE COMPROBANTES DE INGRESOS – vea la página adjunta indicando los comprobantes de ingresos que son aceptables.**

Fuente	Importe	Fuente	Importe
<input type="checkbox"/> Sueldos	\$ _____	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia o manutención infantil	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____	<input type="checkbox"/> Beneficios de SNAP (Cupones para Alimentos)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	<input type="checkbox"/> Ingresos de arrendamientos	\$ _____
<input type="checkbox"/> Jubilación	\$ _____	<input type="checkbox"/> Otro Ingreso (explique, por favor)	\$ _____

15. **BIENES:** Mencione, por favor, todos los bienes correspondientes a la unidad familiar en su conjunto.

**Bienes líquidos**

Saldos de cuentas corrientes \$ \_\_\_\_\_  
 Saldos de cuentas de ahorros \$ \_\_\_\_\_  
 Certificados de depósito, bonos, acciones, cuentas de jubilación individual, etc. (saldos totales) \$ \_\_\_\_\_

**Automóviles y camiones**

Marca, modelo y año \_\_\_\_\_ Valor estimado \$ \_\_\_\_\_ Saldo del préstamo \$ \_\_\_\_\_  
 Marca, modelo y año \_\_\_\_\_ Valor estimado \$ \_\_\_\_\_ Saldo del préstamo \$ \_\_\_\_\_

**Bienes inmuebles**

Vivienda (residencia) Valor razonable de mercado \$ \_\_\_\_\_ Saldo de la hipoteca \$ \_\_\_\_\_  
 Otras propiedades:  
 (vacaciones, arrendamientos, etc.) Valor razonable de mercado \$ \_\_\_\_\_ Saldo de la hipoteca \$ \_\_\_\_\_

**Otros bienes**

Otros (vehículos todo-terreno, embarcaciones, motocicletas, etc.) (valor aproximado) \$ \_\_\_\_\_

**16. GASTOS:** Mencione, por favor, los importes mensuales a continuación.

Al reverso de la solicitud, incluya también por favor otros gastos médicos o de la unidad familiar. Puede usar otra hoja de papel si es necesario.

Alquiler / hipoteca	\$ _____	Pagos de préstamos de automóviles	\$ _____
Teléfono / cable	\$ _____	Pagos de otros préstamos	\$ _____
Tarjetas de crédito	\$ _____	Pensión alimenticia / manutención infantil	\$ _____
Servicios públicos (gas, luz, agua, etc.)	\$ _____		
Seguro (automóvil, casa, vida, médico, etc.)	\$ _____		
Otros ( <b>explique por favor</b> )	\$ _____		

*Si toda la información requerida no es exacta o no va incluida, se denegará su solicitud.*

Afirmo por la presente que la información proporcionada en esta solicitud es exacta, y autorizo a Maury Regional Hospital, que opera bajo la razón social Marshall Medical Center, para usar esta información en mi informe de crédito durante el proceso de determinar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera.

\*La solicitud tiene que ser firmada por el solicitante o su esposo(a)

\*Si Ud. está firmando a nombre del solicitante y no es esposo(a), tiene que enviar una copia completa del documento de su poder notarial .

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**REVISADO FEB. DE 2016**

**Requisitos para la comprobación de ingreso/bienes:**

**ASEGÚRESE DE PROPORCIONAR COMPROBANTES DE LOS INGRESOS O BIENES APLICABLES A UD. Y SU CÓNYUGE (SI CORRESPONDE), DE LO CONTRARIO SU SOLICITUD SERÁ DENEGADA.**

**Comprobante de Requisitos de Bienes:**

Por favor, adjunte copias de sus 2 declaraciones bancarias más recientes para todas las cuentas, CD's (certificados de depósito), IRA's, acciones, bonos, u otra forma de bienes líquidos enumerados en su solicitud.

**Si Ud. recibe pagos de Seguro Social:**

El formulario 1099 del departamento de Seguro Social, o la carta de Seguro Social indicando cuánto recibirá este año.

**Si Ud. ha solicitado discapacidad,** pero todavía no ha recibido una decisión o recibió una denegación, incluya una copia de correspondencia de discapacidad (carta de un abogado, carta de determinación de discapacidad, etc.)

**Si Ud. no tiene ningún ingreso,** enumere en esta solicitud cuándo y dónde fue empleado más recientemente. Ud. tiene que proporcionar una carta **notarizada** de quien le ayude con alimentos, albergue y/u otro apoyo financiero junto con una estimación de la cantidad en dólares o cantidad de valor de la asistencia dada. Si ha tenido cualquier ingreso para el año, Ud. también tiene que proporcionar comprobante de ese ingreso. Si es estudiante de tiempo completo, por favor proporcione una copia actual de su certificación de calificaciones actual.

**Si Ud. recibe pagos de jubilación,** proporcione copia de su cheque de jubilación o **2 estados de la cuenta bancaria suya, consecutivos y más recientes,** si los recibe mediante depósito directo.

**Si Ud. tiene empleo,** proporcione una copia del formulario W2 o de las declaraciones de impuestos del año anterior. Si presenta la solicitud en junio o después, proporcione copia de los **2 estados de la cuenta bancaria suya, consecutivos y más recientes, que muestren el ingreso del año acumulado hasta la fecha.**

**Si Ud. recibe manutención infantil o pensión alimenticia,** proporcione copia de la orden del tribunal que muestre el importe que recibe y la frecuencia (semanal, mensual, etc.) o una copia del cheque que recibe y que muestre también la frecuencia (semanal, mensual, etc.).

**Si Ud. no tiene ingresos,** proporcione una **carta notarizada** de quien le ayude con alimentos o albergue, o ambos, que mencione también que Ud. está desempleado. Proporcione comprobación de Cupones para Alimentos u otra asistencia del gobierno, si corresponde. (Si recibió algún ingreso durante el año, también tiene que presentar comprobante de ese ingreso.)

**Si Ud. fue despedido de su empleo,** tiene que indicar la fecha en que esto ocurrió y la fecha en que empezó a recibir los cheques por desempleo y presentar una copia del importe que recibe. También puede presentar copia del formulario 1099.

**Si Ud. recibe Compensación a Trabajadores,** tiene que presentar comprobación de la aceptación o el rechazo de beneficios de compensación al trabajador (copia de los formularios de aprobación/denegación, copia del cheque, etc.).

**REVISADO FEB. DE 2016**

**Si Ud. trabaja por cuenta propia**, tiene que presentar copia completa de la declaración de impuestos del año anterior, incluyendo todos los formularios de Programación de Negocios.

**Si Ud. recibe beneficios de SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, anteriormente conocido como Cupones para Alimentos) u otra ayuda del gobierno**, tiene que presentar comprobante del importe (copia del documento del Departamento de Servicios Humanos, copia de su carta de aprobación, etc.).

**Requisitos para la comprobación de residencia:**

Por favor, proporcione comprobación de su dirección (copia de la licencia de conducir, otra forma de identificación personal, factura de servicio público, etc.).

**Si no envía comprobante de todos los ingresos/bienes mencionados y complete toda la información requerida en la solicitud, se le denegará asistencia financiera. NO DEJE NINGUNA PREGUNTA EN BLANCO. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al (931) 359-6241 y pida hablar con un Asesor Financiero.**

**REVISADO FEB. DE 2016**