



Estimado 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 según la información proporcionada. Por favor permita un máximo de seis (6) semanas para procesar su solicitud. La elegibilidad se basa en las Pautas federales de ingresos de pobreza. El cobro por mora continuará en su cuenta hasta que la documentación requerida sea devuelta a Maury Regional Hospital. Si no se presenta la documentación de respaldo con la solicitud y / o se identifica una falsificación de cualquier parte de la solicitud, su solicitud será denegada. Maury Regional Hospital se reserva el derecho de revertir la asistencia financiera cuando se presente información que indique que el paciente / fiador tiene la capacidad de pagar los servicios y la asistencia financiera no debería haber sido aprobada.

Toda la documentación de respaldo pertinente debe ser presentada para que se le considere para asistencia. Las solicitudes incompletas serán rechazadas, y se adeudará el pago de la suma total. Una vez que haya completado la solicitud, envíe el paquete completo a la dirección que figura a continuación.

Maury Regional Hospital  
Attn: Patient Services  
1224 Trotwood Avenue  
Columbia, TN 38401  
Fax# 931-840-4458

**Este programa no se aplica a todos los médicos o a otros honorarios profesionales facturados aparte del centro hospitalario. Es su responsabilidad ponerse en contacto con sus otros proveedores para solicitar asistencia financiera.**

**Si ha solicitado ayuda financiera con Maury Regional en los últimos 6 meses, y nada ha cambiado sobre su situación de ingresos, no necesita volver a solicitarla.**

**Comuníquese con el navegador financiero al 931-328-7992 o con un asesor financiero al 931-381-1111 y elija la opción 4 si tiene preguntas.**



## DOCUMENTACIÓN DE APOYO: LEA CUIDADOSAMENTE

SE REQUIERE LA SIGUIENTE PRUEBA DE INGRESOS / ACTIVOS QUE APLIQUEN A USTED Y A SU CÓNYUGE Y CUALQUIER OTRO DEPENDIENTE (S) DEL HOGAR.

### TODAS LAS APLICACIONES TIENEN QUE INCLUIR:

- 1) DOS MESES (60 DÍAS) DE ESTADOS BANCARIOS PARA TODAS LAS CUENTAS, INCLUIDAS LAS DE CHEQUES Y AHORROS. TODAS LAS DECLARACIONES DEBEN INCLUIR EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DE LOS TITULARES DE LA CUENTA Y EL LOGOTIPO DEL BANCO PARA FINES DE IDENTIFICACIÓN.
- 2) CUALQUIERA DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE SE APLIQUE A SU HOGAR:

- **Para quienes reciben beneficios del Seguro Social:** proporcionar una carta de adjudicación que indique cuánto recibe por el año en curso.
- **Si presentó impuestos el año pasado:** envíe todas las páginas de su declaración de impuestos del año anterior, incluidos todos los formularios complementarios para empresas.
- **Si ha solicitado el beneficio por discapacidad del Seguro Social** pero aún no ha recibido una decisión o una denegación, incluya una copia de la correspondencia de discapacidad más reciente (confirmación de la solicitud, carta del abogado, oficina del Seguro Social, carta de determinación de discapacidad, etc.)
- **Si no tiene ingresos:** indique en esta solicitud cuándo y dónde trabajó por última vez. Debe proporcionar una carta **notariada** de quien lo esté ayudando con alimentos, techo u otro tipo de apoyo financiero, y proporcionar una explicación. Si es un estudiante a tiempo completo, proporcione una copia de su expediente académico actual.
- **Si recibe pensión de jubilado:** proporcione sus 2 talones de cheques de jubilación más recientes.
- **Si está empleado:** sus 2 talones de cheques más recientes y consecutivos que muestren ingresos brutos del año hasta la fecha.
- **Si trabaja por cuenta propia :** envíe todas las páginas de su declaración de impuestos del año anterior, incluyendo todos los formularios complementarios para empresas.
- **Si recibe beneficios de discapacidad a corto o largo plazo** proporcione los 2 talones de cheques más recientes o una carta de su empleador que indique cuánto recibe y por cuánto tiempo.
- **Si recibe manutención de menores o pensión alimenticia:** proporcione la orden judicial que muestre cuánto recibe.
- **Si ha sido despedido del trabajo:** presente una carta de concesión de desempleo.
- **Si usted recibe Compensación para Trabajadores :** debe proporcionar prueba de aprobación de los beneficios de compensación para trabajadores.
- **Si recibe beneficios de SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, anteriormente conocido como Cupones para Alimentos) u otro apoyo del gobierno:** debe proporcionar un comprobante del monto (una copia del Departamento de Servicios Humanos).



**NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE SOLICITA:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **¿Se ha mudado en los últimos 60 días?** \_\_\_\_\_

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO PRINCIPAL:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO SECUNDARIO:** \_\_\_\_\_

**¿ES UN CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS?**  Sí  No (debe proporcionar prueba de estatus legal de inmigración)

**ESTADO CIVIL (por favor marque la casilla correspondiente)**

- Casado (a)  Divorciado (a)  Soltero (a)  Viudo (a)
- Legalmente separado (a) (debe proporcionar documentación judicial para comprobar la separación)

**NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE SALUD:** \_\_\_\_\_

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

*SI NO TIENE SEGURO DE SALUD HOY, ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE LO TUVO?* \_\_\_\_\_

**¿HA EXPERIMENTADO ALGÚN CAMBIO RECIENTE COMO (por favor marque la casilla correspondiente)**

- Matrimonio  Divorcio  Nacimiento  Adopción  Mudanza  Dejó de estar asegurado  Medicaid denegado
- Cambio en el ingreso  Liberado de la cárcel / prisión  Obtuvo la ciudadanía estadounidense  Adquirió / se convirtió en dependiente

**¿HA SOLICITADO TENNCARE / MEDICAID?**  Sí  No  No está seguro

*¿TUVO PADRES DE ACOGIDA TEMPORAL A LOS 18 AÑOS?*  Sí  No

*¿ESTÁ EMBARAZADA?*  Sí  No

*¿USTED O ALGUIEN EN SU HOGAR TIENE CUENTAS MÉDICAS GRANDES?*  Sí  No

**ESTADO DE EMPLEO DEL SOLICITANTE (por favor marque la casilla correspondiente)**

- Empleado a tiempo completo  Empleado a tiempo parcial  Desempleado  Jubilado
- Considerado discapacitado por la administración del seguro social  Solicitó la discapacidad con el seguro social
- Actualmente en FMLA  Recibe ingresos de una póliza de discapacidad a corto plazo  Recibe ingresos de una póliza de discapacidad a largo plazo

**EMPLEADOR DEL SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_ **AÑOS EMPLEADO O FECHA CONTRATACIÓN:** \_\_\_\_\_

**ESTADO DE EMPLEO DEL CÓNYUGE (por favor marque la casilla correspondiente)**

- Empleado a tiempo completo  Empleado a tiempo parcial  Desempleado  Jubilado
- Considerado discapacitado por la administración del seguro social  Solicitó la discapacidad con el seguro social
- Actualmente en FMLA  Recibe ingresos de una póliza de discapacidad a corto plazo  Recibe ingresos de una póliza de discapacidad a largo plazo

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA****MAURY REGIONAL  
HEALTH****EMPLEADOR DEL CÓNYUGE:** \_\_\_\_\_ **AÑOS EMPLEADO O FECHA CONTRATACIÓN:** \_\_\_\_\_**INFORMACIÓN FAMILIAR:** *Enumere todas las personas en su hogar. Si necesita espacio adicional, utilice una hoja aparte.*

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

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

FUENTE	CANTIDAD	FUENTE	CANTIDAD
Seguro Social	\$	Ingresos de inversión / alquiler	\$
Jubilación	\$	Beneficios de SNAP	\$
Salario	\$	Pensión alimenticia y / o manutención de menores	\$
Ingresos de trabajo por cuenta propia	\$	Beneficio de desempleo	\$
Beneficios de la administración de veteranos	\$	Compensación de trabajadores	\$
OTROS INGRESOS (por favor explique) \$			

**ACTIVOS Y RECURSOS:** *Enumere todos los que aplican para toda la familia.*

ACTIVO	VALOR DE MERCADO	ACTIVO	VALOR DE MERCADO
Verificación del saldo contable	\$	Balance IRA / 403b / 401k	\$
Saldo de cuenta de ahorro	\$	Saldo de acciones / bonos	\$
Vehículo #1	\$	Segunda casa y / o propiedades de alquiler	\$
Vehículo #2	\$	Bote / ATV / Motocicleta / Camper	\$
Vehículo #3	\$	Otro	\$

**GASTOS:** *Enumere las cantidades mensuales a continuación.*

Alquiler / Hipoteca	\$	Otros préstamos	\$
Teléfono	\$	Seguro de salud / de vida	\$
Cable	\$	Seguro de hogar	\$
Servicios públicos	\$	Seguro de auto	\$
Pensión alimenticia	\$	Medicinas	\$
Manutención de menores	\$	Comida	\$
Préstamos para autos	\$	Otro	\$

Por la presente solicito que Maury Regional Hospital, d/b/a Maury Regional Medical Center, tome una determinación por escrito de mi elegibilidad para recibir asistencia financiera por los servicios prestados. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte de Maury Regional Medical Center. También entiendo que, si se determina que la información que presento es falsa, mi solicitud de asistencia financiera será denegada y los cargos 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 d/b/a Maury Regional Medical Center a usar la información de mi informe de crédito en el proceso de determinar mi elegibilidad para su Programa de Asistencia Financiera.

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

## **SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**



**MAURY REGIONAL  
HEALTH**

- \* La solicitud tiene que estar firmada por el solicitante o el cónyuge del solicitante.
- \* Si está firmando en nombre del solicitante y no es el cónyuge, tiene que enviar una copia completa del poder notarial.