

Estimado paciente de Maury Regional:

Este paquete incluye:

1. Instrucciones del paquete de la solicitud
2. Requisitos de documentación justificativa
3. Solicitud de asistencia financiera

Las solicitudes se procesan basado en la información proporcionada. Permítanos hasta seis (6) semanas para procesar su solicitud. La idoneidad se basa en las Pautas Federales del Índice Federal de Pobreza. Se continuará tratando de cobrar su cuenta hasta que no se entregue toda la documentación requerida al Maury Regional Hospital. Si no se presenta la documentación justificativa junto con la solicitud y/o se determina que alguna parte de la solicitud ha sido falsificada, su solicitud será denegada. Maury Regional Hospital se reserva el derecho de revertir la asistencia financiera si se presenta información que indique que el paciente/garante tiene la capacidad de pagar por los servicios y no se debía haber aprobado la asistencia financiera.

Se debe presentar toda la documentación justificativa pertinente para ser considerado para asistencia. Las solicitudes incompletas serán rechazadas, y será necesario hacer el pago debido en su totalidad. Una vez que haya completado la solicitud, envíe por correo el paquete completo a la dirección que se indica a continuación.

Maury Regional Hospital
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 aplicable para todos los honorarios médicos y de otros profesionales que se facturan por separado del hospital. Es su responsabilidad comunicarse con sus demás proveedores para solicitar asistencia financiera.**

DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA LEA DETENIDAMENTE*

ES OBLIGATORIO ENTREGAR LOS SIGUIENTES **COMPROBANTES** DE LOS INGRESOS/ACTIVOS APLICABLES A **USTED Y A SU CÓNYUGE** Y A CUALQUIER OTRO DEPENDIENTE DE SU UNIDAD FAMILIAR.

- **Dos meses (60 días) de estados de cuenta bancarios** para todas las cuentas bancarias (corrientes, ahorros, etc.). A modo de identificación, todos los estados de cuenta deben incluir el nombre y la dirección del titular de la cuenta y el nombre/logotipo del banco. ***Dé una breve explicación de cualquier depósito de más de \$100.00.**
- **Dos meses (60 días) de estados de cuenta de cualquier cuenta de inversión**, por ejemplo: CDs, acciones, bonos, IRA, 401k, 403b, etc.
- **Dos meses (60 días) de extractos de cuenta de cualquier aplicación de pago**, por ejemplo: PayPal, CashApp, Venmo, Square Inc, GooglePay, Zelle, etc.
- **Para quienes cobran seguridad social** proporcione una carta de concesión que indique cuánto recibe este año en curso.
- **Si ha solicitado seguridad social por discapacidad** pero aún no ha recibido una decisión o ha recibido una denegación, incluya una copia de la correspondencia más reciente respecto a su discapacidad (confirmación de solicitud, carta de su abogado o de la oficina de seguridad social, carta de determinación de discapacidad, etc.)
- **Si no tiene ingresos**, debe proporcionar **una carta notariada** de la persona le ayude con los alimentos, la vivienda y/o cualquier otro apoyo financiero, y proporcionar una explicación. ***Proporcione una copia de la declaración de impuestos de los últimos 5 años.** *Si es estudiante a horario completo, proporcione también una copia de la constancia actual oficial de sus calificaciones.
- **Si recibe jubilación/pensión** proporcione un talón de cheque, una declaración de beneficios, o W2.
- **Si usted o su cónyuge están empleados** proporcione los 2 talones de cheque consecutivos más recientes que muestren el ingreso bruto del año hasta la fecha.
- **Si usted o su cónyuge trabajan por cuenta propia**, presente todas las páginas de la declaración de impuestos del año anterior, incluido todos los formularios del negocio
- **Si recibe discapacidad a corto o largo plazo**, proporcione los 2 talones de cheque más recientes o una carta de su empleador que indique cuánto recibe y por cuánto tiempo.
- **Si recibe manutención infantil o pensión alimenticia** proporcione la orden del tribunal que muestre cuánto recibe
- **Si le despidieron del trabajo** proporcione la carta de concesión del desempleo
- **Si recibe indemnización laboral**, debe proporcionar comprobante de la aprobación de los beneficios de indemnización laboral
- **Si recibe beneficios de SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria anteriormente conocido como Cupones de Alimentos) u otro apoyo del gobierno**, debe proporcionar comprobante del monto (una copia del Departamento de Servicios Humanos)

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA



MAURY REGIONAL
HEALTH

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: _____

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

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 comprobante de la categoría legal de inmigración)

ESTADO CIVIL (marque la casilla correspondiente)

- Casado Divorciado Soltero Viudo/Viuda
 Separado legalmente (debe proporcionar documentación judicial para comprobar la separación)

NOMBRE DE LA ASEGURADORA: _____

¿ES ÉSTA UNA PÓLIZA DE SEGURO COBRA? Sí No

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

¿HA SUFRIDO ALGÚN CAMBIO RECIENTE COMO (marque la casilla correspondiente)?

- Matrimonio Divorcio Nacimiento Adopción Mudanza Pérdida de seguro Negación de Medicaid
 Cambio en los ingresos Liberado de la cárcel/prisión Obtuvo ciudadanía estadounidense Ganó/se hizo dependiente Ninguno

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

¿ESTABA USTED EN ACOGIDA TEMPORAL A LOS 18 AÑOS? Sí No

¿USTED O ALGUIEN EN SU UNIDAD FAMILIAR ESTÁ EMBARAZADA? Sí No. *Si la respuesta es sí, proporcione comprobante:

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

¿TIENE UN DIAGNÓSTICO RECIENTE DE CÁNCER DE MAMA/CERVICOUTERINO O NEFROPATÍA TERMINAL? Sí No. *Si la respuesta es sí, marque con un círculo:

CATEGORÍA DE EMPLEO DEL SOLICITANTE (marque la casilla correspondiente)

- Empleado a horario completo Empleado a horario parcial Empleado por cuenta propia No empleado Retirado
 Se considera discapacitado por la administración de la seguridad social Solicitó discapacidad de la seguridad social Actualmente de licencia familiar
 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 DE CONTRATACIÓN:** _____

CATEGORÍA DE EMPLEO DEL CÓNYUGE (marque la casilla correspondiente)

- Empleado a horario completo Empleado a horario parcial Empleado por cuenta propia No empleado Retirado
 Se considera discapacitado por la administración de la seguridad social Solicitó discapacidad de la seguridad social Actualmente de licencia familiar
 Recibe ingresos de una póliza de discapacidad a corto plazo Recibe ingresos de una póliza de discapacidad a largo plazo

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE: _____ **AÑOS EMPLEADO O FECHA DE CONTRATACIÓN:** _____

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA



**MAURY REGIONAL
HEALTH**

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA: *Enumere todas las personas que viven en su hogar. Si necesita espacio adicional use una hoja aparte.*

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

INGRESOS: *Indique el importe mensual.*

FUENTE	IMPORTE	FUENTE	IMPORTE
Seguridad Social	\$	Ingresos de inversiones/alquiler	\$
Jubilación	\$	Beneficios de SNAP	\$
Sueldo	\$	Pensión alimenticia y/o manutención infantil	\$
Ingresos de empleo por cuenta propia	\$	Desempleo	\$
Beneficios de veteranos	\$	Indemnización laboral	\$
OTROS INGRESOS (explique) \$			

ACTIVOS Y RECURSOS: *Indique todo lo que corresponda a toda la familia.*

ACTIVO	VALOR DE MERCADO	ACTIVO	VALOR DE MERCADO
Saldo de la cuenta corriente	\$	Saldo de cuenta de Ira/403b/401k	\$
Saldo de cuenta de ahorro	\$	Saldo de cuenta de acciones/bonos	\$
Vehículo #1	\$	2da casa y/o propiedades de alquiler	\$
Vehículo #2	\$	Embarcación/ATV/Motocicleta/Caravana	\$
Vehículo #3	\$	Otro	\$

GASTOS: *Indique los importes mensuales a continuación.*

Alquiler/Hipoteca	\$	Otros préstamos	\$
Teléfono	\$	Seguro de salud/de vida	\$
Cable	\$	Seguro sobre la propiedad	\$
Servicios públicos	\$	Seguro automovilístico	\$
Pensión alimenticia	\$	Medicamentos	\$
Manutención infantil	\$	Alimentos	\$
Préstamos para automóviles	\$	Otro	\$

Por la presente solicito que el Maury Regional Hospital, denominación comercial: Maury Regional Medical Center, haga una determinación por escrito de mi idoneidad para recibir asistencia financiera por los servicios prestados. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación por parte del 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 que será mis responsabilidades pagar por todos los cargos por servicios prestados.

Por la presente, afirmo que la información contenida en esta solicitud es exacta y autorizo al Maury Regional Hospital denominación comercial: Maury Regional Medical Center a utilizar la información de mi informe crediticio en el proceso para determinar mi idoneidad para su Programa de Asistencia Financiera

FIRMA _____

FECHA _____

*La solicitud debe ser firmada por el solicitante o el cónyuge del solicitante.

**Si firma en nombre del solicitante pero no es su cónyuge, debe enviar una copia completa del poder notarial.

Actualizada el 25/10/2021