



## Solicitud para Asistencia Financiera del Hospital (Hospital Financial Assistance Application)

Fecha \_\_\_\_\_ Secretaria \_\_\_\_\_ Cuenta # \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

# Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección donde recibe el correo \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
(si es diferente a su residencia)

Empleador Actual \_\_\_\_\_ Fecha de Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Salario Actual<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Número de Personas a su Cargo \_\_\_\_\_ Edades de las Personas \_\_\_\_\_  
a su Cargo

Nombre del Cónyuge \_\_\_\_\_ Salario Actual \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_

Empleador Actual \_\_\_\_\_ Fecha de Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Otras Entradas de Dinero \_\_\_\_\_ ¿Ha solicitado usted Ayuda Estado/Federal? (Sí) \_\_\_\_\_ (No) \_\_\_\_\_

Si la respuesta es Sí, indique cuándo y tipo de ayuda \_\_\_\_\_

Gastos Mensuales: Renta/Hipoteca \_\_\_\_\_ Médicos \_\_\_\_\_ Comida/Servicios \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

<i>Lista de los Activos (Pertenenencias)<sup>2</sup> (utilizar una hoja adicional si es necesario)</i>	<i>Valor Comercial</i>	<i>Actuales Deudas/Pasivo</i>	<i>Valor Neto (Valor Comercial menos la Deuda)</i>
<b>Cuentas Bancarias:</b> Nombre del Banco: _____ Saldo en la cuenta de cheques: _____ Saldo en la cuenta de Ahorros: _____ Saldo en la cuenta de acciones y bonos: _____	\$ \$ \$	N/A	N/A
<b>Vivienda Principal (si es propietario o la está comprando)</b>	\$	\$	\$
<b>Automóviles</b> Auto 1 Marca/Modelo: _____ Auto 2 Marca/Modelo: _____	\$ \$	\$ \$	\$ \$
<b>Negocio &amp; propiedad de renta o alquiler</b> Nombre de las Propiedades: _____ Ubicación/Dirección de las Propiedades: _____	\$	\$	\$
<b>Finca y otras propiedades de tierras</b> Ubicación/Dirección de las Propiedades: _____	\$	\$	\$



## Solicitud para Asistencia Financiera del Hospital (Hospital Financial Assistance Application)

<i>Lista de los Activos (Pertenencias)<sup>2</sup> (utilizar una hoja adicional si es necesario)</i>	<i>Valor Comercial</i>	<i>Actuales Deudas/Pasivo</i>	<i>Valor Neto (Valor Comercial menos la Deuda)</i>
Equipo del Rancho y/o del negocio (incluyendo ganado y cosechas) Descripción de los Activos: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros Activos Descripción de los activos: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Reclamos o reclamos potenciales de terceros para buscar recuperar el pago total o una porción significativa de la cuenta hospitalaria.

Descripción del reclamo: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>El método para determinar las entradas de dinero debe incluir, pero no está limitado a ingreso bruto ajustado más las entradas por jubilación (por ejemplo del Seguro Social), sostenimiento de un hijo (“child support”), compensación por desempleo y pagos “en especie” (utilización de la propiedad sin pagar renta o alquiler). El valor de las estampillas para comida (“food stamps”) será excluido de la consideración de pagos “en especie.”

<sup>2</sup>Las directrices para determinar los activos incluyen, pero no están limitadas a la residencia principal (y la tierra contigua), automóviles activos líquidos, inversiones, la tierra de la finca, propiedades del negocio, propiedades de renta o alquiler, equipo de la finca y del negocio incluyendo ganado y cosechas. Toda la propiedad real será considerada al valor justo del mercado. Los valores de los bienes muebles e inmuebles se reducirán por cualquier pasivo existente incurrido por el solicitante en la obtención de los activos (activos netos) con excepción de la vivienda principal. El activo neto de la vivienda principal será la cantidad de capital por encima de \$100,000. La responsabilidad real o potencial de terceros ante el paciente, el hospital o el garante por derecho consuetudinario, contrato, estatuto o de otro modo, se considerará un activo y se debe incluir en la Solicitud de Asistencia Financiera del Hospital.

Firma del Paciente/Fiador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Someter Verificación de Entradas de Dinero y la Solicitud de Ayuda Financiera dentro de 10 Días Laborable**

[Internal Office Use]

ATTACH SUPPORTING DOCUMENTATION

Recommending for Charity Care Adjustment \_\_\_\_\_(yes)\_\_\_\_\_(no)<sup>1</sup> Amount: \$ \_\_\_\_\_

Basis of Charity Care Determination:

Income/Asset Qualification: \_\_\_\_\_ Catastrophic Qualification: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Notification to patient and transaction posting to patient account.

[Approvals]

Hospital Collections Manager \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Director Patient Accounting \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Chief Financial Officer \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

President and Chief Administrative Officer \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## ***Anexo B – Instrucciones para diligenciar la Solicitud de Asistencia Financiera***

### **INSTRUCCIONES**

Entregue la Solicitud de Asistencia Financiera diligenciada y firmada al Consejero Financiero que ha sido asignado a su caso, junto con la documentación de soporte que se detalla a continuación. Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con la oficina comercial al 865-374-3000.

### **DOCUMENTACIÓN DE SOPORTE REQUERIDA PARA ACOMPAÑAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

- Si es empleado, adjunte dos (2) talonarios de pago de nómina de cada miembro adulto del hogar que esté empleado.
- Si algún miembro es trabajador independiente, proporcione una copia de la declaración de impuestos más reciente (Anexo C).
- Si está discapacitado o jubilado, proporcione verificación de los beneficios mensuales del Seguro Social. (Carta del Seguro Social o extracto bancario actual)
- Si recibe otros ingresos de jubilación, necesita verificación de los beneficios mensuales.
- Si no está empleado, necesita verificación de desempleo y copia de los últimos dos (2) desprendibles de pago de nómina.
- Si no puede ubicar los últimos dos (2) desprendibles de pago de nómina, proporcione lo siguiente con respecto al último trabajo: fecha de contratación, fecha de terminación y salario por hora.
- Si no está empleado, proporcione una certificación de que puede volver a trabajar.
- Si no trabaja y no cobra desempleo, proporcione una carta notariada de la(s) persona(s) que brinda(n) ayuda con los gastos de manutención.
- Si no paga alquiler/hipoteca y no registra una vivienda principal, proporcione una carta certificada por notario de la(s) persona(s) que proporciona(n) la vivienda.
- Si ha solicitado una discapacidad, proporcione la verificación de la presentación de la discapacidad.
- Si se le ha negado la discapacidad y está apelando, proporcione la verificación de la apelación.
- Si está recibiendo cupones de alimentos, proporcione la verificación de cupones de alimentos. Los dependientes deben coincidir con los que figuran en la solicitud de caridad.
- Proporcione la declaración de impuestos completa del último año fiscal, incluidos todos los anexos y formularios. (Tenga en cuenta que las personas que no reciben ingresos fuera de los beneficios del Seguro Social no están obligadas a presentar una declaración de impuestos). Si no puede encontrar su declaración de impuestos, puede solicitar una transcripción gratuita del IRS llamando al 1-800-908-9946.

### **INFORMACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS**

- Los formularios W-2 deben coincidir con la entrada registrada en la declaración de impuestos.
- Los dependientes que figuran en la declaración de impuestos deben coincidir con la entrada que figura en la primera página de la solicitud de caridad.
- Si se trata de deducciones detalladas, debe incluir una copia del Anexo A.
- En el Formulario 1040, si hay entradas en las líneas 8-18, debe incluir MISC 1099 o Anexos de respaldo (según corresponda).
- Si el paciente tiene un Anexo E, la propiedad de alquiler debe figurar en la primera página de la solicitud de asistencia financiera.
- Si el Anexo E indica algún ingreso de una Corporación “P” o “S”, debe incluir la declaración de impuestos comerciales (Anexo K-1).
- Si el paciente tiene una distribución de IRA, el valor de la inversión de IRA debe incluirse en la solicitud de asistencia financiera.
- Si el estado civil para efectos de la declaración es "casado que presenta por separado,," debe incluir copias de ambas declaraciones.
- Tenga en cuenta que el formulario de autorización de presentación electrónica no es una declaración de impuestos. Debemos tener la declaración de impuestos oficial, que es el modelo 1040.