

Solicitud de Asistencia Financiera

Información del paciente si es menor de 18 años			
Nombre del paciente (<i>apellido, nombre, segundo nombre</i>)		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (<i>MM, DD, AAAA</i>)
Fiador o Responsable			
Nombre (<i>apellido, nombre, segundo nombre</i>)		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (<i>MM, DD, AAAA</i>)
Dirección	Ciudad	Estado, Código Postal	Teléfono
Tamaño del hogar (<i>Paciente, Cónyuge y Dependientes</i>)	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado		
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado		Si está desempleado, última fecha de trabajo: ____/____/____	
Nombre del empleador		Ingresos brutos (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcione los dos talones de cheques de pago más recientes para respaldar los ingresos del hogar. • Si hay algún ingreso en esta solicitud relacionado con el trabajo por cuenta propia, debemos tener impuestos sobre la renta recientes. 			
Miembros del hogar según se reclama en la declaración de impuestos (<i>use una página separada para dependientes adicionales</i>)			
Parentesco	Nombre (<i>Apellido, Primero, Segundo</i>)	Fecha de nacimiento (<i>MM, DD, AAAA</i>)	Ingreso (<i>Si corresponde</i>)
Cónyuge/Compañero de Vida			Ingresos brutos (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual
Niño			
Otras fuentes de ingresos (no enumeradas anteriormente)			
Descripción de los ingresos		Monto de Ingreso Mensual	
Intereses/Dividendos/Inversiones		\$ _____	
Desempleo/Compensación para Trabajadores		\$ _____	
Pensión/Jubilación/Seguridad Social		\$ _____	
Ingresos de propiedad		\$ _____	
Proporcione documentación de respaldo para los ingresos enumerados anteriormente			
Cuenta(s) bancaria(s) (<i>ejemplo: acciones, bonos, ahorros, otras inversiones</i>)			
Fuente	Saldo		
Cuenta de Cheques	\$ _____		
Cuenta de Ahorros	\$ _____		

Solicitud de Asistencia Financiera

Cuenta de Mercado Monetario	\$ _____
Otra	\$ _____
<input type="checkbox"/> No tengo una cuenta de cheques, de ahorros o del mercado monetario	
Información de cobertura	
Tengo un(a): <input type="checkbox"/> Demanda <input type="checkbox"/> Asentamiento <input type="checkbox"/> Reclamo por Lesiones Personales <input type="checkbox"/> Reclamo de responsabilidad <input type="checkbox"/> Reclamo de Compensación para Trabajadores <input type="checkbox"/> Ninguno	
Nombre del Abogado/Bufete: _____	
Tengo seguro disponible a través de: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Mi Empleador <input type="checkbox"/> Empleador del cónyuge <input type="checkbox"/> Cobra	
<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Salud Compartido con Plan Ministerial <input type="checkbox"/> Otro	
Nombre de la compañía de seguros: _____	
¿Usted o un miembro de su familia, en su hogar, ha solicitado Medicaid en los últimos tres meses?	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fecha de solicitud: _____	
¿Ha solicitado el Seguro Social por Discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es así, ¿cuál es el estado de su solicitud? <input type="checkbox"/> Negada <input type="checkbox"/> Apelación <input type="checkbox"/> Nivel de abogado <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Aprobada	
Si se otorgó recientemente, adjunte la carta de adjudicación del Seguro Social actual o la carta de adjudicación por discapacidad para el cónyuge y cualquier hijo.	
Por favor tenga en cuenta que, si no completa todas las secciones de este formulario, se le podría negar la solicitud.	

Atestación

Entiendo que esta solicitud se aplica solo a los servicios prestados por Prisma Health. Esto no se aplica a los servicios prestados por otras personas que puedan haber ayudado con mi atención. Entiendo que no todos los servicios médicos de Prisma Health califican para recibir asistencia financiera.

Prisma Health se reserva el derecho de revertir la aprobación de asistencia financiera y buscar reembolsos o cobros alternativos como resultado de información recién descubierta, incluyendo cobertura de seguro, pago al solicitante o la búsqueda por parte del solicitante de un reclamo por lesiones personales relacionado con los servicios recibidos o solicitados. Todos los pagos recibidos por Prisma Health después de que se otorgue la asistencia financiera resultarán en la reversión de los montos ajustados para resolver el saldo restante de pago por cuenta propia sin crear un saldo adeudado o un saldo acreedor.

Por medio de la presente certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede resultar en que esta solicitud sea denegada. En caso de que en algún momento se determine que la información proporcionada en esta solicitud es incorrecta, la asistencia financiera que Prisma Health me proporcionó puede revocarse y seré responsable del saldo original de la cuenta. Además, entiendo que, si cambia alguna información proporcionada, lo notificaré de inmediato a Prisma Health.

Firma del Paciente/Responsable

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Solicitud de Asistencia Financiera

Envío de solicitudes		
Por correo: Prisma Health- Blount Memorial Hospital Financial Assistance 907 East Lamar Alexandar Pkwy. Maryville, TN 37803	Por fax: (865) 977-4605	Por correo electrónico: business_office@bmnet.com