



Saint Thomas Health

Estimado paciente:

Gracias por elegir Saint Thomas Health para sus necesidades de atención médica. Ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes es nuestra misión y un privilegio.

Tal como lo pidió, le proporcionamos la solicitud de asistencia financiera adjunta. Complete ambos lados, incluso su firma y la fecha, antes de enviarla a la dirección, correo electrónico o número de fax correcto según el lugar en donde se proporcionaron los servicios.

Junto con la solicitud, presente al menos **uno** de los siguientes documentos como prueba de sus ingresos. Si está casado o ha vivido con su pareja por seis (6) meses o más, también se le exigirá prueba de sus ingresos para poder procesar la solicitud.

- Copias de sus 3 últimos recibos de sueldo que muestren el total de las ganancias (antes de los impuestos). **-O-**
- Copia completa de su declaración de impuestos más reciente. Si es un trabajador independiente, incluya **TODOS** los calendarios de pago. **-O-**
- Copia de carta actual de asignación de beneficios del seguro social, de la pensión/jubilación O estado de cuenta bancaria que muestre el depósito del seguro social, de la pensión/jubilación O copia del cheque más reciente del seguro social, de la pensión/jubilación **-O-**
- Todos los estudiantes de 25 años o menores deben proporcionar copias del formulario de impuestos de sus padres más reciente si figuran como dependientes en los impuestos de sus padres. **-O-**
- Otro: Si recibe ayuda de alguien más o vive con familiares o amigos, haga que completen el formulario adjunto titulado “Carta de apoyo”. Esto **NO** los hará responsables de su factura médica. Solamente sirve para mostrar de qué forma usted puede pagar los gastos de vida. Si no recibe ayuda, la Carta de apoyo no necesita ser completada.

A los efectos de su consideración, se debe recibir la solicitud completa junto con una prueba de ingresos. Las solicitudes incompletas no serán procesadas.

Para obtener el número de teléfono de su proveedor o la dirección a dónde enviar las solicitudes, consulte el reverso de esta hoja.

Atentamente,

Servicios Financieros a Pacientes
Saint Thomas Health



Saint Thomas Health

| Nombre del proveedor | Número de teléfono | Dirección | Número de fax | Dirección de correo electrónico |
|--|---------------------------|---|----------------------|--|
| Saint Thomas West | (615) 222-6638 | STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202 | (615) 222-7700 | |
| Saint Thomas Midtown | (615) 284-5340 | STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202 | (615) 222-7700 | |
| Saint Thomas Rutherford | (615) 222-6638 | STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202 | (615) 222-7700 | |
| Saint Thomas Medical Partners (médicos) | (844) 686-2555 | STHe Financial Asst. 10330 N. Meridian #200 Indianapolis, IN 46290 | (317) 981-6312 | |
| Saint Thomas Highlands | (877) 348-7082 | STHe Financial Asst. 520 W Main St Smithville, TN 37166 | (931) 738-2669 | |
| Saint Thomas Dekalb | (877) 348-7082 | STHe Financial Asst. 520 West Main Street Smithville, TN 37166 | (931) 738-2669 | |
| Saint Thomas River Park | (877) 348-7082 | STHe Financial Asst. 520 W Main St Smithville, TN 37166 | (931) 738-2669 | |
| | | | | |
| Saint Thomas Stones River | (877) 348-7082 | STHe Financial Asst. 520 W Main St Smithville, TN 37166 | (931) 738-2669 | |
| Saint Thomas Hickman | (931) 729-6800 | STHe Financial Asst. 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033 | | |
| Lab Plus | (615) 284-2773 | Lab Plus LLC Atn.: Hilda Bishop 2000 Church Street Nashville, TN 37236 | | |
| Saint Thomas Center para cirugía especializada | (615) 341-7500 | STHe Financial Asst. 2011 Murphy Ave Suite 400 Nashville, TN 37203 | | STHSSFinAssist@uspi.com |
| Saint Thomas EMS | (877) 664-4076 | STHe Financial Asst. PO Box 681787 Franklin, TN 37064 | (615) 236-4040 | |
| Baptist Ambulatory Surgery Center | (615) 321-7730 | STHe Financial Asst. 312 21st Ave. North Nashville, TN 37203 | | |
| Saint Thomas Center for Sleep | (615) 222-6638 | STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202 | (615) 222-7700 | |

Tipo de asistencia financiera solicitada: Caridad Calificación previa

Proveedor/centro hospitalario solicitado: _____

| | | | | | |
|--|---------------------|--------------|-------------------|---------------------------------|----------------------|
| | | | | Número de historia clínica | <input type="text"/> |
| INFORMACIÓN DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA) | | | | Número de cuenta | <input type="text"/> |
| Nombre del paciente | Fecha de nacimiento | Estado civil | Sexo | N.º de Teléfono | |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal | Dirección de correo electrónico | |
| Número de seguro social | Empleador | | Situación laboral | Cantidad de horas/semana | |
| Dirección del empleador | Ciudad | Estado | Código postal | N.º de Teléfono | |

PARTES RESPONSABLES / INFORMACIÓN DEL GARANTE (Dejar en blanco si es el mismo que el anterior)

| | | | | | |
|-------------------------|---------------------|--------------|-------------------|---------------------------------|--|
| Nombre | Fecha de nacimiento | Estado civil | Sexo | N.º de Teléfono | |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal | Dirección de correo electrónico | |
| Número de seguro social | Empleador | | Situación laboral | Cantidad de horas/semana | |
| Dirección del empleador | Ciudad | Estado | Código postal | N.º de Teléfono | |

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE DE LA PARTE RESPONSABLE

| | | | | | |
|-----------------------|-------------------------|--------|--------|---------------------|-----------------|
| Nombre del cónyuge | Número de seguro social | | | Fecha de nacimiento | |
| Empleador del cónyuge | Dirección | Ciudad | Estado | Código postal | N.º de Teléfono |

DEPENDIENTES

| Nombre | Edad | Parentesco | Nombre | Edad | Parentesco |
|--------|------|------------|--------|------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Número de personas en el hogar

| | | | |
|--------------------------------------|----------|--|----------|
| Ingresos ganados del solicitante | _____ | Hipoteca/alquiler | _____ |
| Ingresos del cónyuge del solicitante | _____ | Electricidad | _____ |
| Beneficios del seguro social | _____ | Gas | _____ |
| Ingreso por pensión/jubilación | _____ | Teléfono | _____ |
| Compensación por desempleo | _____ | Agua | _____ |
| Compensación del trabajador | _____ | Viveres | _____ |
| Ingreso por intereses/dividendos | _____ | TV por cable | _____ |
| Manutención infantil | _____ | Pago de automóvil | _____ |
| Pensión alimenticia | _____ | Teléfono celular | _____ |
| Ingreso por alquiler de propiedades | _____ | Guardería | _____ |
| Cupones para alimentos | _____ | Manutención infantil o pensión alimenticia | _____ |
| Otro | _____ | Medicamentos con receta | _____ |
| Otro | _____ | Tarjetas de crédito: | |
| TOTAL DE INGRESOS BRUTOS: | \$ _____ | 1. Tarjeta de crédito 1 - _ | _____ |
| | | 2. Tarjeta de crédito 2 - _ | _____ |
| | | 3 Tarjeta de crédito 3 - _ | _____ |
| | | Otras facturas de médicos /hospitalarias: | |
| INGRESO DE INGRESOS - GASTOS: | \$ _____ | Facturas de médicos/hospitalarias 1- _ | _____ |
| | | Facturas de médicos/hospitalarias 2- _ | _____ |
| | | Facturas de médicos/hospitalarias 3- _ | _____ |
| | | Facturas de médicos/hospitalarias 4- _ | _____ |
| | | Gasto del seguro: | |
| | | 1. Automóvil | _____ |
| | | 2. Propiedad | _____ |
| | | 3. Médico/de vida | _____ |
| | | Otros pagos de préstamos: | |
| | | 1. Pago de préstamo- _ | _____ |
| | | 2. Pago de préstamo- _ | _____ |
| | | Otros pagos mensuales: | |
| | | 1. Otro pago- _ | _____ |
| | | 2. Otro pago- _ | _____ |
| | | 3. Otro pago- _ | _____ |
| | | TOTAL DE GASTOS MENSUALES: | \$ _____ |

COMENTARIOS:

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y completa. Por la presente, autorizo al hospital para obtener información de las agencias externas de informes de crédito si el hospital lo considera necesario.

Fecha

Firma del paciente, cónyuge, garante o su representante legal

Carta de apoyo

Número de historia clínica /
Número de cuenta

Nombre de la persona de apoyo

Relación con el paciente

Dirección de la persona de apoyo

Saint Thomas Health:

Por la presente se informa que (*nombre del paciente*) _____
recibe pocos ingresos, o ninguno, y que yo estoy ayudando con sus gastos de vida. Esta persona
tiene poca o ninguna obligación para conmigo.

Al firmar esta declaración acepto que la información proporcionada es verdadera, a mi leal saber
y entender.

Firma de la persona de apoyo

Fecha