**Aplicación Para Asistencia Financiera**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para recibir atención médica a un costo reducido para usted, debe cooperar plenamente con nuestro requisito de obtener información financiera precisa y detallada, incluyendo el presentar a tiempo la documentación necesaria. La intención de la política de beneficencia de Erlanger es establecer un sistema justo y equitativo para determinar la beneficencia hospitalaria. Se establecen pautas generales que permiten la evaluación de circunstancias financieras únicas. Para que usted o su familiar sean considerados bajo este programa, se debe presentar prueba de ingresos con la Aplicación de Asistencia Financiera **(Nota: si el paciente es menor/dependiente, cualquiera de los siguientes se aplicará al padre/tutor legal)** o carta de una fuente externa (refugio, misión, casa hogar, etc.) que confirme el estado financiero.

La siguiente lista son documentos que pueden considerarse como prueba de ingresos:

* Declaración de impuestos más reciente (formulario 1040 o carta del IRS que indique que no hay declaración registrada para el último año fiscal)
* Declaración de ingresos de una de las siguientes fuentes (que debe ser del mismo período que el estado de cuenta bancario proporcionado):
	+ Talones de cheques más recientes (deben abarcar 4 semanas o un período de 30 días)
	+ Declaración de ingresos del Seguro Social
	+ Carta de Beneficio por Incapacidad del SSI
	+ Pagarés de desempleo (deben abarcar 4 semanas o un período de 30 días)
* 3-5 meses de los estados de cuenta bancarios más recientes

La solicitud debe devolverse a Hospital Erlanger Behavioral Health a la dirección que aparece a continuación:

**Servicios Financieros Para Pacientes
804 North Holtzclaw Ave
Chattanooga, TN 37404**

Se rechazarán las solicitudes incompletas o fraudulentas. La información fraudulenta también puede dar lugar a la revocación de la asistencia financiera si se descubre después de haber sido concedida. Al completar esta asistencia financiera, por la presente afirmo que las declaraciones anteriores son correctas y completas. Doy mi consentimiento para verificación adicional por parte del Hospital Erlanger Behavioral Health o sus agentes.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Firma Del Paciente o Poder Notarial Fecha

Parentesco si no es el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atentamente, Consejero Financiero