

Solicitud de Asistencia Financiera de Tanner Medical Center

Tanner Medical Center (TMC) sabe que las facturas médicas pueden suponer una carga económica. Para ayudar a los pacientes que no pueden costear sus facturas médicas, TMC ofrece un programa de asistencia financiera. TMC anima a los pacientes que tienen dificultades para pagar sus facturas a solicitar este programa.

La forma preferida y más rápida de completar y enviar su solicitud de asistencia financiera es utilizar la aplicación Epic MyChart, donde también puede cargar documentos. Sin embargo, puede imprimir el formulario, completarlo a mano y enviarlo por correo a nuestra oficina administrativa.

Además de completar la solicitud, debe incluir ciertos documentos con ella, ya sea que la envíe por Internet o por correo.

- **Declaración federal de impuestos (Formulario 1040)**
- **Los 3 estados de cuenta bancarios más recientes** (incluya cuentas de cheques y de ahorros).
- **Comprobantes de activos** para bienes inmuebles o propiedades, cuentas individuales de jubilación (IRA), certificados de depósito (CD), acciones y/o bonos.
- **Comprobante(s) de ingresos** (incluya todos los que correspondan) de todos los miembros del hogar.
 - ☐ Tres comprobantes de pago recientes.
 - ☐ Ingresos mensuales o depósito directo de Seguro Social, beneficios por discapacidad o del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)
 - ☐ Verificación de ingresos por desempleo del portal para reclamantes MyUI del Departamento de Trabajo de Georgia (GA DOL)
 - ☐ Verificación de manutención de hijos mediante documentos judiciales
 - ☐ Verificación de beneficios de cupones de alimentos (Food Stamps) de la cuenta GA Gateway
 - ☐ Ingresos por compensación al trabajador y/o documentos de acuerdo de indemnización
 - ☐ Otras fuentes de ingresos, tales como alquiler de propiedades, pensiones o anualidades

Debe enviar todos los documentos requeridos en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que TMC reciba su solicitud. De lo contrario, su solicitud será rechazada.

Para evitarlo, asegúrese de que su solicitud esté completa antes de enviarla. Reúna todos los documentos necesarios y responda con prontitud si nuestro equipo financiero se pone en contacto con usted para solicitar más información.

Si su solicitud es rechazada por estar incompleta, podrá volver a solicitarlo una vez que tenga toda la documentación.

Si no cuenta con seguro médico, su caso se remitirá a Firstsource, un servicio gratuito que verifica si usted reúne los requisitos para Medicaid u otros programas. Si se le aprueba la ayuda financiera, deberá colaborar con Firstsource si ellos se comunican con usted.

Tanner Health - Análisis Financiero para Crédito

Fecha: _____

Niños/Dependiente en la casa: _____

Nombre de paciente: _____

Información de Garante

Nombre: _____ # en la casa _____

Dirección: _____ # de seguridad social: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Alquiler/Posee: _____

Teléfono: _____ ¿Cuánto tiempo en esta dirección? _____

Empleado por: _____ Cuanto tiempo: _____ Posición: _____

Teléfono de empleador: _____ Contactar a persona: _____

Cónyuge, Progenitor u Otro Familiar

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Dirección: _____ # de seguridad social: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Empleado por: _____ Cuanto tiempo: _____ Posición: _____

Teléfono de empleador: _____ Contactar a persona: _____

Información Financiera

Banco de Cuenta Corriente: _____ # de cuenta: _____ Saldo: _____

Banco de Cuenta de Ahorros: _____ # de cuenta: _____ Saldo: _____

IRA/CDs: _____

Assets

Alberga/Propiedad: _____ Saldo: _____

Terreno/Propiedad: _____ Saldo: _____

Automóvil: _____ Saldo: _____

Acciones/Bonos: _____ Saldo: _____

Insurance Information

Seguro Primario: _____ Póliza #: _____ Teléfono: _____

Seguro secundario: _____ Póliza #: _____ Teléfono: _____

Otra pólizas privadas: _____ Póliza #: _____ Teléfono: _____

(AARP, cancer, etc.) _____ Póliza #: _____ Teléfono: _____

Yo, _____, certifico que la información proporcionada en el formulario de Análisis Financiero completado mí o por alguien en mi nombre es precisa según mi leal saber y entender. Autorizo a Tanner Health a obtener cualquier información necesaria para hacer una determinación precisa de mi capacidad de pago. Además, autorizo a Tanner Health a acceder a mi expediente de crédito si se considera necesario.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Términos y Condiciones de la Política de Asistencia Financiera

Al firmar a continuación, confirmo que comprendo y acepto lo siguiente:

- Me comprometo a proporcionar información completa sobre los ingresos de todos los miembros del hogar y a enviar a tiempo todos los documentos requeridos. Entiendo que, si TMC descubre que alguna información que he proporcionado es falsa o si no presento la información solicitada, mi solicitud será rechazada y/o se denegará mi aprobación.
- **FirstSource (Ayuda con Medicaid):** Si FirstSource se comunica conmigo, debo completar su evaluación o solicitud. Si no lo hago, Tanner Medical Center (TMC) no aprobará ni continuará brindándome asistencia financiera.
- **Gravámenes o reclamaciones legales:** La asistencia financiera no se aplica a cuentas que tengan gravámenes presentados ante los tribunales. Estos deben resolverse judicialmente o pagarse en su totalidad.
- **Cambios en los ingresos o activos:** Debo informar a la Oficina Administrativa si mis ingresos o activos cambian durante el período de asistencia de un año. Si mis ingresos aumentan y ya no cumpla con los requisitos, es posible que mi asistencia financiera se cancele antes de tiempo.
- **Hospital frente a proveedores independientes:** Es posible que algunos médicos de TMC no trabajen para el hospital y facturen por separado. La ayuda financiera de TMC solo cubre las facturas del hospital.
- **Procedimientos electivos o no médicamente necesarios:** La asistencia financiera no cubre los procedimientos electivos (como la cirugía estética) ni la atención que no responda a una necesidad médica. Estos servicios tampoco están cubiertos por el seguro, por lo que deberé pagar el costo total.

Paciente/Persona responsable

Fecha

Persona responsable (si es distinta del paciente)

Fecha

Testigo

Fecha