

Solicitud de asistencia financiera de Tulane Health System

Nombre del paciente

N.º de cuenta del paciente

Número de teléfono

N.º del seguro social

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Empleado

Desempleado

Empleador (Nombre, dirección y número de teléfono)

Nombre del cónyuge

N.º del seguro social

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Padre del paciente (si es menor de edad)

N.º del seguro social

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Madre del paciente (si es menor de edad)

N.º del seguro social

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

A. Salario: Indique el salario de cada una de las siguientes personas de su hogar.

Paciente \$ _____ Encierre una opción en un círculo
Hora/Semana/Mes/Año

Padre del paciente \$ _____ Encierre una opción en un círculo
Hora/Semana/Mes/Año
(si el paciente es menor de edad)

Cónyuge \$ _____ Encierre una opción en un círculo
Hora/Semana/Mes/Año

Madre del paciente \$ _____ Encierre una opción en un círculo
Hora/Semana/Mes/Año
(si el paciente es menor de edad)

B. Otros recursos: Indique el monto total de otros recursos que tenga a disposición, incluidas cuentas de ahorro, cuentas corrientes, acciones, bonos, etc. \$ _____

Indique el monto de los ingresos anuales que recibe de estos otros recursos, incluido el ingreso por intereses, dividendos, alquileres, etc. \$ _____

C. Miembros de la familia: Indique la cantidad de personas que integran el hogar del paciente. _____

D. Verificación de ingresos: Proporcione cualquiera de los siguientes tipos de documentación para verificar sus ingresos.

- Formulario W-2 del IRS
- Comprobante de pago del salario
- Declaración de impuestos
- Estados de cuenta bancaria
- Verificación del empleador
- Constancia de participación en programas de ayuda gubernamental, como vales de comida, CDIC, Medicaid o AFDC
- Cartas de la Seguridad Social o de determinación de compensación por desempleo
- Otro (describa)

Si no puede proporcionar la documentación de una de las fuentes de ingresos indicadas anteriormente, explique el motivo por el cual dicha información no está disponible: _____

Comprendo que Tulane Health System (THS) puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de asistencia financiera (en adelante, la "Solicitud") en relación con la evaluación de esta Solicitud por parte de THS, y con mi firma autorizo a mi empleador a certificar la información brindada en esta Solicitud. Asimismo autorizo a THS a solicitar informes a agencias de información crediticia y a la Administración de la Seguridad Social. Certifico que esta información es fiel y correcta a mi leal saber y entender, y soy consciente de que la falsificación de información en esta Solicitud puede derivar en que se me niegue la asistencia financiera.

Comprendo que toda asistencia financiera se basa en mi incapacidad de pagar y que en caso de disponibilidad de cualquier nueva fuente de ingresos, THS puede revocar el otorgamiento de asistencia financiera total o parcialmente.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Firma del empleado de THS si alguna parte de la Solicitud de asistencia financiera fue completada por un empleado de THS

Fecha

Solicitud de asistencia financiera de Tulane Health System

Instrucciones:

Como parte del compromiso de prestar servicios a la comunidad y cumplir con uno de los fines caritativos de Tulane Health System, la institución opta por brindar asistencia financiera a las personas que cumplen con ciertos requisitos de ingresos.

Para determinar si una persona puede calificar para recibir asistencia financiera, necesitamos obtener cierta información financiera, tal como se detalla en esta solicitud. Su colaboración nos permitirá hacer la debida evaluación de su solicitud de asistencia financiera.

Llene la Solicitud de asistencia financiera y entregue el formulario completo al representante de registro, o envíelo por correo a la siguiente dirección:

Patient Account Services
1415 Tulane Ave.
New Orleans, LA , 70112

Sección A: Salario

En la Sección A de la Solicitud de asistencia financiera, indique el monto en dólares que recibe cada persona incluida en la lista como remuneración y si el monto corresponde a una remuneración por hora, semanal, mensual o anual.

Sección B: Otros recursos

En el primer espacio en blanco de la Sección B de la Solicitud de asistencia financiera, indique el monto en dólares que usted ha invertido en cuentas corrientes, cuentas de ahorro, acciones, etc. En el segundo espacio en blanco, indique el monto en dólares del ingreso que usted recibe anualmente de dichas inversiones. Por ejemplo, en el primer espacio en blanco uno podría poner que tiene \$5,000 en una cuenta de ahorro y en el segundo espacio en blanco podría poner que obtiene \$250 en concepto de interés anual de esa cuenta.

Sección C: Miembros de la familia

En la Sección C de la Solicitud de asistencia financiera, se pide información sobre la cantidad de personas que integran el hogar del paciente. Este número debe incluir al paciente, el/la cónyuge del paciente y las personas a cargo del paciente. Si el paciente es menor de edad, se debe incluir al paciente, a su madre y/o padre o tutor legal y cualquier persona residente y dependiente de la madre, del padre o del tutor legal del paciente.

Sección D: Verificación de ingresos

A fin de tener en cuenta su solicitud de asistencia financiera, es necesario verificar los salarios informados en la Sección A de la Solicitud de asistencia financiera. Por favor, proporcione una copia del Formulario W-2 del IRS, declaración de salarios e impuestos, comprobante de pago del salario, declaración de impuestos, estado de cuenta bancaria u otro indicador apropiado de ingresos o constancia de participación en un programa de beneficios públicos, como Seguridad Social, compensación por desempleo, Medicaid, Programa de salud para indigentes del condado, AFDC, seguro de desempleo, vales de comida, WIC, Programa de seguro de salud infantil u otros programas similares relacionados con la indigencia.

También puede verificar su salario pidiéndole a su empleador que le dé una constancia de ingresos por escrito o que él hable con un representante de THC.

Si no puede proporcionar alguno de los documentos de fuentes de ingresos indicados anteriormente, incluya una explicación por escrito en la Sección D de la Solicitud de asistencia financiera.

Servicios de los médicos

Los médicos que brindan los servicios no son empleados de Tulane Health System. Usted recibirá cuentas por separado de su médico privado y de otros médicos cuyos servicios usted necesitó. En caso de dudas acerca de estas cuentas, o para hacer acuerdos de pago de los servicios del médico, llame al consultorio del médico en cuestión.