

Solicitud de asistencia financiera de Tanner Medical Center

Tanner Medical Center, Inc. reconoce cómo las situaciones médicas inesperadas pueden afectar sus finanzas. Ofrecemos una variedad de opciones para ayudar con sus facturas médicas, incluyendo asistencia para quienes no tienen seguro o tienen un saldo pendiente después de que el seguro ha sido procesado. La solicitud de asistencia financiera y los documentos de respaldo pueden completarse y cargarse en MyChart o enviarse por correo a nuestra oficina comercial. Las solicitudes deben incluir la siguiente documentación:

- **Declaración de impuestos federales (Formulario 1040)**
- **Verificación de ingresos (incluir todos los que correspondan):**
 - 3 talones de pago actuales
 - Prueba de desempleo
 - Compensación laboral
 - Manutención de menores
 - Cupones de alimentos
 - Ingresos por alquiler
 - Seguro social
 - Discapacidad
 - Beneficios de VA
 - Pensión
 - Anualidades
 - Cualquier otra fuente de ingresos
- **3 estados de cuenta bancarios recientes (incluir cuentas corrientes y de ahorro)**
- **Otros activos, propiedades, IRA, CDs, acciones y bonos**

AVISO – Las solicitudes se basan en los ingresos del hogar.

Incluya cualquiera de los elementos anteriores que se apliquen a todos los miembros del hogar.

Tanner Health está obligado a proporcionar documentación específica para validar su participación en cualquier programa de asistencia. Su atención inmediata y respuesta oportuna son cruciales.

Es posible que un representante de Tanner se comuniquen con usted para hablar sobre su solicitud o para obtener información financiera adicional.

Después de la revisión inicial de su información financiera, su caso puede ser referido a Firstsource, quien lo asistirá en el proceso de solicitud de beneficios bajo uno de varios programas gubernamentales. Firstsource es un servicio de referencia GRATUITO proporcionado por Tanner Health. **Es vital para el proceso de solicitud que coopere con Firstsource proporcionando toda la documentación solicitada lo más pronto posible.**

Envíe su solicitud y documentación a través de MyChart o envíe por correo la solicitud adjunta y los documentos de respaldo a:

Tanner Medical Center
Business Office
ATTN: Patient Financial Counselors
705 Dixie Street
Carrollton, GA 30117

*Las solicitudes incompletas resultarán en denegaciones
y el saldo de la cuenta será responsabilidad del paciente.*

Si necesita ayuda, llame a la oficina de Consejeros Financieros para Pacientes al 770-812-5795.

**Solicitud de asistencia financiera de Tanner Medical Center**

Fecha: _____

Nombre de paciente: _____ MRN: _____

Información de garante

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de seguridad social: _____

Dirección: _____ rentar o poseer

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

Dependientes del hogar que se pueden reclamar (Nombres y fechas de nacimiento): _____

Total de dependientes en el hogar: _____

Empleado por: _____ Posición: _____

Duración del empleo: _____ Teléfono de empleador: _____

Cónyuge, progenitor u otro familiar

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ # de seguridad social: _____

Dirección: _____ Relación al paciente: _____

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

Empleado por: _____ Posición: _____

Duración del empleo: _____ Teléfono de empleador: _____

Información financiera

Nombre del banco: _____ Tipo de cuenta: _____ Saldo: _____

Nombre del banco: _____ Tipo de cuenta: _____ Saldo: _____

Otras cuentas (IRAs, CDs, etc.) y saldos: _____

Los bienes

Casa y propiedad: _____ Saldo: _____

Automóvil: _____ Saldo: _____

Acciones/Bonos: _____ Saldo: _____

Información del seguro

Seguro primario: _____ Póliza #: _____ Tenedor de una póliza: _____

Seguro secundario: _____ Póliza #: _____ Tenedor de una póliza: _____

Otra cobertura: _____ Póliza #: _____ Tenedor de una póliza: _____

Ingresos y gastos

Fuente de ingresos	Ingresos mensuales
Salario bruto (paciente)	
Salario bruto (cónyuge / otro)	
Pensión	
Trabajo por cuenta propia	
Seguro Social	
Beneficios del asuntos de veteranos	
Beneficios de SSI	
Manutención de hijos/cónyuge	
Cupones de alimentos	
Otros ingresos	
Ingreso mensual total:	

Descripción del gasto	Gasto mensual
Alquiler/Hipoteca	
Alimentación	
Pago del vehículo/Seguro	
Combustible	
Total de servicios públicos	
Teléfono/Internet	
Gastos médicos (incluida la farmacia)	
Préstamos mensuales	
Tarjetas de crédito (pagos mensuales)	
Todos los demás gastos	
Total de gastos mensuales:	

Yo, _____, certifico que la información proporcionada en el formulario de análisis financiero, completado por mí o por alguien en mi nombre, es exacta a mi leal saber y entender. Autorizo a Tanner Health a obtener cualquier información financiera o de otro tipo necesaria para determinar con exactitud mi capacidad de pago. Asimismo, autorizo a Tanner Health a acceder a mi historial crediticio si se considera necesario.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Si necesita ayuda, llame a la oficina de Consejeros Financieros para Pacientes al 770-812-5795.

Office Use Only		
Annual Income	\$	Notes: Medicaid # (if applicable): ☐ Check if Medicare
Annual Expenses	\$	
Total Hospital Balances	\$	
I, _____, certify that the above is true and accurate.		Date: _____

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 dará continuidad a mi asistencia financiera.
- **Gravámenes o reclamaciones legales:** La asistencia financiera no se aplica a cuentas con 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, mi asistencia financiera podría cancelarse 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. Puedo compartir mi carta de aprobación con otros proveedores, pero ellos no están obligados a aceptarla.
- **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