

COLOQUE AQUÍ LA ETIQUETA IDENTIFICATORIA DEL PACIENTE U OFREZCA EL/LOS
NÚMEROS TELEFÓNICOS PARA EL DPTO., DE CUENTAS:

PLACE PATIENT LABEL HERE OR PROVIDE BILLING NUMBER(S):

Y NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO / AND MRN

Enviar a: (return to):

Methodist Le Bonheur Healthcare – Self Pay
Department, PO BOX 172193, Memphis, TN
38187-2193 – Attn: Financial Assistance Program
Número telefónico (Phone Number):
(901) 542-5360 * FAX: (901) 266-6474
Correo electrónico: PatientFinAssist@mlh.org

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA (APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE)

PACIENTE (PATIENT)

Nombre (Name): _____
Dirección (Address): _____
Ciudad (City): _____ Estado (State): _____ C.P. (Zip): _____
Nº de S.S. o ITIN (S.S. or ITIN #): _____
Empleador (Employer): _____
Tel., del trabajo (Work Phone #): _____
Tel., del hogar (Home Phone #): _____

Persona Responsable (P.R.)

(Responsible Party (R.P.))

¿Es el paciente? (Same as Patient?)

Sí (Yes) No (No)

Si no es el paciente, completar lo siguiente: (If No, Please Complete):

Nombre de la P.R. (R.P. Name): _____

Nº de SS de la P.R. (R.P. SS#): _____

Empleador de la P.R. (R.P. Employer): _____

Enumere a las personas a su cargo. Si estas personas están empleadas, indique dónde trabajan. Si necesita más espacio use el reverso de esta hoja. (List all members of your household. If employed give employer's name. If more space is needed, please use back of the form.)

Nombre (Name)	Edad (Age)	Relación (Relationship)	Sitio de empleo (Employer)	¿Persona legalmente a su cargo? (Your Legal Dependent?)
				Sí (Yes) No (No)
				Sí (Yes) No (No)
				Sí (Yes) No (No)

TOTAL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES EN SU HOGAR:

TOTAL HOUSEHOLD MONTHLY GROSS INCOME:

\$ _____

Junto con su solicitud de asistencia financiera por favor proporcione un comprobante de ingresos. Algunos ejemplos son: copia del formulario 1040 de su declaración impositiva actual (contacte el IRS al 800-908-9946 o al 800-829-0922). Si usted no hace declaración de impuestos entonces por favor provea al menos uno de los siguientes documentos: // Please provide proof of income along with your financial application. Examples accepted are, copy of current 1040 tax return, (contact IRS at 800-908-9946 or 800-829-0922) if you do not file taxes please provide at least one of the following documents:

- Carta de beneficios del Seguro Social / Social Security benefits letter
- Carta de discapacidad del Seguro Social / Social Security disability letter
- Carta de Asistencia Social o Asistencia Temporal para Familia Necesitada (Welfare or Temporary Assistance for Needy Family, en inglés) / Welfare or Temporary Assistance for Needy Family letter
- Carta de asistencia para alimentos (Food Stamps, en inglés) / Food Stamp letter
- Carta / cheque de desempleo en el cual figure el nombre y la fecha. / Unemployment letter/check displaying name and date.

- | | | |
|--|-------------|------------|
| • ¿Está usted, su cónyuge, sus hijos o persona a su cargo, bajo algún plan de cobertura médica en la actualidad?
(Are you, your spouse or any of your dependents presently covered under any health insurance program?) | Sí
(Yes) | No
(No) |
| • Si respondió que no, ¿tuvo alguna cobertura médica en los últimos 6 meses?
(If no, have you had coverage within the last 6 months?) | Sí
(Yes) | No
(No) |
| • Si usted o su cónyuge están empleados, ¿su empleo ofrece cobertura médica?
(If you or your spouse are employed, does the employer offer health insurance?) | Sí
(Yes) | No
(No) |
| • En los últimos 6 meses, ¿ha petitionado recibir beneficios de TennCare, Medicaid, Seguro Social, Incapacidad, Víctima de crimen, o recibió compensación por reclamos contra terceros?
(Have you applied within the last 6 months for TennCare, Medicaid, Social Security Benefits, Disability Benefits, Victims of crime, or any 3rd party liability claims?) | Sí
(Yes) | No
(No) |

Estoy presentando esta solicitud para ser considerado para asistencia financiera médica. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE YO PRESENTE SERÁ VERIFICADA Y PODRÍA HACERSE UNA BÚSQUEDA EN MI HISTORIAL DE CRÉDITO. También entiendo que si se determina que la información que yo proporciono aquí es falsa, esto resultará en que no se me tome en consideración para este beneficio. Entiendo que este es un servicio voluntario brindado por Methodist LeBonheur Healthcare el cual se reserva en exclusividad todos los derechos de negar o aprobar mi solicitud. Declaro que hasta donde yo sé, la información aquí proporcionada es verdadera y correcta.

(I am requesting consideration for medical financial assistance. I UNDERSTAND THAT THE INFORMATION THAT I SUBMIT IS SUBJECT TO VERIFICATION WHICH MAY INCLUDE AN INQUIRY OF MY CREDIT HISTORY. I also understand that if the information that I submit is determined to be false, such a determination will result in denial for consideration. I am aware that this is a voluntary service by Methodist Le Bonheur Healthcare and they maintain exclusive rights for approval or denial. I affirm that the information provided is true and correct to the best of my knowledge.)

Firma del solicitante (Applicant's Signature)

Fecha (Date)

Firma del representante del hospital (Hospital Representative's Signature)

Fecha (Date)

La información que contiene este mensaje de facsímil podría ser privilegiada y confidencial. Es solamente para uso del individuo o de la entidad a quien ha sido enviada. Si el que recibe esta transmisión no es el destinatario indicado o un empleado o agente responsable de entregarla al destinatario indicado, la disseminación, distribución o copia de esta información queda estrictamente prohibida. Si usted ha recibido esta comunicación por error, por favor infórmenos de inmediato por teléfono al número telefónico de aquí arriba y regérenos el mensaje original a la dirección de aquí arriba.

The information in this facsimile message may be privileged and confidential. It is intended only for the use of the individual or entity to whom it is sent. If the receiver of this transmittal is not the intended recipient, or an employee or agent responsible to deliver it to the intended recipient, any dissemination, distribution or copying of this information is strictly prohibited. If you have received this communication in error, please notify us immediately by telephone at the phone number above and return the original message to us at the above address.

Revisado 08/2023