



Financial Assistance Application

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Por favor, escriba claramente en letra de molde

Apellido del paciente _____ Primer Nombre _____ Fecha de Ingreso _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Años en este domicilio: Comprando Alquilando

Estado Civil: Casado Soltero Separado

Nombre de Empleador: _____

Años en este empleo: _____ Horas trabajadas por semana: _____ Puesto/Título: _____

Número de Seguro Social: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del Empleo: _____

Dependientes

Número de Dependientes: _____ Edades: _____

Cónyuge/Co-Solicitante

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Años en este domicilio: Comprando Alquilando

Nombre de Empleador: _____

Años en este empleo: _____ Horas trabajadas por semana: _____ Puesto/Título: _____

Número de Seguro Social: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del Empleo: _____

Ingresos Brutos Mensuales

SOLICITANTE		CÓNYUGE/CO-SOLICITANTE	
Empleo (por hora)	\$	Empleo (por hora)	\$
Seguro Social	\$	Seguro Social	\$
Ingresos tras discapacidad	\$	Ingresos tras discapacidad	\$
Ingresos Brutos de Alquileres	\$	Ingresos Brutos de Alquileres	\$
Compensación por Desempleo	\$	Compensación por Desempleo	\$
Pensión de alimentos/Pensión Compensatoria	\$	Pensión de alimentos/Pensión Compensatoria	\$
Asistencia Pública	\$	Asistencia Pública	\$
Otro	\$	Otro	\$
Total	\$	Total	\$

Gastos Mensuales

Hipoteca o Alquiler	\$	Pensión Compensatoria	\$
Segunda Hipoteca	\$	Seguro Automovilístico	\$
Servicios públicos (electricidad, agua)	\$	Seguro Médico	\$
Teléfono	\$	Seguro de Vida	\$
Comida	\$	Ahorros	\$
Cuidado de niños	\$	Medicamentos	\$
Pensión de alimentos	\$	Otro	\$

Deudas a Plazo

	Pago Mensual	Saldo Pendiente	Comentarios:
Automóvil	\$	\$	
Banco	\$	\$	
Compañía financiera	\$	\$	
Hospital	\$	\$	
Médicos	\$	\$	
Tarjetas de Crédito	\$	\$	
Otros	\$	\$	

MEDICAID Si No

Servicios Especiales Para Niños Si No

Ayuda alimenticia del gobierno Si No

Comentarios:

DEBE INCLUIR CON ESTA SOLICITUD:

- Copias de los últimos 3 talones del sueldo
- Una copia de su última declaración de impuestos

NOTIFICACIÓN ESPECIAL:

Esta solicitud solo es aplicable a las deudas hospitalarias de su niño. Médicos de la sala de emergencias, anesthesiólogos, radiólogos y cualquier otro especialista facturan por separado. Si usted ha recibido una factura de éstos, debe ponerse en contacto con ese consultorio en particular para cumplir con los requisitos de su política sobre asistencia financiera. Éstos no están cubiertos automáticamente mediante esta solicitud.

Yo/Nosotros declaro/declaramos que la información de esta solicitud es correcta según a mi/nuestro leal saber y entender.

Firma de solicitante: _____

Firma de co-solicitante: _____

Fecha: _____ Testigo: _____

Por favor, remitir a: East Tennessee Children's Hospital, Business Office, 2018 Clinch Ave., Knoxville, TN 37916.