



TMH USE ONLY

Solicitud de asistencia financiera

Es una política de Tallahassee Memorial Hospital proporcionar asistencia financiera y asesoramiento a las personas sin seguro o con seguro insuficiente, independientemente de la raza, el origen étnico, el género, la religión o el país de origen.

Si cumple los requisitos, puede calificar para una condonación parcial o total de los saldos adeudados. Para comenzar el proceso, le solicitamos que complete este formulario indicando con un círculo la cantidad de personas en su familia Y los ingresos totales del hogar:

Miembros de la familia	Ingresos del hogar	Miembros de la familia	Ingresos del hogar
1	0 - \$ 18,735	5	0 - \$ 45,255
2	0 - \$ 25,365	6	0 - \$ 51,885
3	0 - \$ 31,995	7	0 - \$ 58,515
4	0 - \$ 38,625	8	0 - \$ 65,145

(Por cada miembro adicional de la familia, agregue \$6,630).

Tenga en cuenta: en caso de una catástrofe, quizá califique para recibir asistencia incluso si sus ingresos son superiores a los indicados arriba.

Además, necesitamos que nos proporcione la siguiente información:

1. **Comprobante de ingresos:** la información financiera que nos proporcione será verificada por TMH. Proporcione esta información para los ingresos de TODO el hogar.

Las formas aceptables de comprobantes de ingresos incluyen:

- Seis constancias de pago (más recientes)
- Declaración jurada de impuestos de 2018 (SÓLO se requiere si es un trabajador independiente)
- Constancia de desempleo
- Carta de otorgamiento de ayuda financiera
- Extractos bancarios (depósito directo)
- Constancia de jubilación/pensión/beneficios de VA
- Seguridad social/discapacidad
- Declaraciones de manutención de menores/pensión alimenticia

LOS W2s NO SE ACEPTAN COMO COMPROBANTES DE INGRESOS

2. **Formulario de declaración de residencia:** si alguien más le está proporcionando alimentos, alojamiento o asistencia financiera, comuníquese con Servicios financieros para pacientes para obtener una copia de este formulario. ******ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR CERTIFICADO******
3. **Declaración jurada de persona sin hogar:** si es una persona sin hogar, comuníquese con Servicios financieros para pacientes para obtener una copia de este formulario.

La información faltante o incompleta podría causar la demora o el rechazo de su solicitud. Devuelva este formulario y el comprobante de ingresos a Servicios financieros para pacientes, Departamento de asistencia financiera, 1607 St. James Ct., Suite 1, Tallahassee, FL 32308. Su solicitud será examinada y se le informará de su posibilidad de obtener asistencia.

1607-1 Saint James Ct.
Tallahassee, FL 32308
Office: (850) 431-6200
Fax: (850) 431-6951
Toll Free: (800) 492-4892 ext. 6200



TMH USE ONLY

Como titular de la Asignación de beneficios, Tallahassee Memorial Hospital tiene derecho a recibir reembolsos de lo recaudado en cualquier acuerdo judicial o sentencia que resulte de la responsabilidad legal de un tercero. Cualquier asistencia proporcionada será revocada en caso de no informar a TMH de un acuerdo o una sentencia judicial, lo que hará que el pago del saldo total sea su responsabilidad.

ESTA SOLICITUD SOLO CUBRE LOS COSTOS DEL CENTRO PROPORCIONADOS EN TALLAHASSEE MEMORIAL HOSPITAL.

Entiendo que proporcionar información falsa para estafar al hospital o con el objetivo de obtener bienes o servicios es un delito de segundo grado y es punible según la Ley 817.50 de Florida. Certifico que la información anterior es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Fecha

Firma del paciente o del tutor

Fecha

Testigo de la firma

1607-1 Saint James Ct.
Tallahassee, FL 32308
Office: (850) 431-6200
Fax: (850) 431-6951
Toll Free: (800) 492-4892 ext. 6200