



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 - \$ 22,590	5	0 - \$ 54,870
2	0 - \$ 30,660	6	0 - \$ 62,940
3	0 - \$ 38,730	7	0 - \$ 71,010
4	0 - \$ 46,800	8	0 - \$ 79,080

(Por cada miembro adicional de la familia, agregue \$8,070).

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 2023 (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.

1607-1 Saint James Ct.
Tallahassee, FL 32308
Office: (850) 431-6200
Fax: (850) 431-6951
Toll Free: (800) 492-4892 ext. 16200



TALLAHASSEE
MEMORIAL
 HEALTHCARE

James Ct. Suite 3, Tallahassee, FL 32308. Su solicitud será examinada y se le informará de su posibilidad de obtener asistencia.

TMH USE ONLY

"El abajo firmante acepta que Tallahassee Memorial HealthCare tiene derecho a ser reembolsado de cualquier consignación /juicio o recuperación relacionada con la responsabilidad de terceros todos los montos incluidos en dicho acuerdo, juicio o recuperación por los montos adeudados y no pagados a TMH."

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. 16200