

**Solicitud de apelación para asistencia financiera de Vanderbilt University Medical Center**

El compromiso de VUMC es atender a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Es posible que los pacientes que no pueden pagar por los servicios sean elegibles para ayuda financiera. Por favor complete y entregue el siguiente formulario para ser evaluado para asistencia financiera.

|  |                               |                     |
|--|-------------------------------|---------------------|
| Nombre del solicitante ( <i>Primer nombre, segundo nombre y apellido</i> ) | Fechas y lugares del servicio | Número(s) de cuenta |
|--|-------------------------------|---------------------|

**Instrucciones: Complete la solicitud y anexe copias (no originales) de:**

- Declaraciones de impuestos y sus anexos (de los 2 últimos años)
- Seguro social/discapacidad\* (si aplica)
- W-2 o declaraciones de desempleo\*
- Talones de pago\* (los 3 meses más recientes)
- Cartas de cupones de alimentos\* (si aplica)

\*NO SE ACEPTAN CARTAS NOTARIADAS

**Paciente/Persona responsable**

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Nombre ( <i>Primer nombre, segundo nombre y apellido</i> )  | Número de seguro social  | Fecha de nacimiento ( <i>mes, día, año</i> ) |  |
| Dirección   | Ciudad   | Estado                                       | Código postal  |
| Teléfono  | Número de personas en el hogar ( <i>paciente, cónyuge y dependientes</i> ) |  | Estado marital   |
| <b>Estado laboral</b><br><input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> medio tiempo <input type="checkbox"/> trabaja por su cuenta <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> estudiante |  |  | Nombre del empleador   |
| Tiempo que ha estado empleado   | Fecha de desempleo/cuánto tiempo ( <i>mes, día, año</i> )                  |  | ¿Aparece usted en alguna otra declaración de impuestos?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>(en caso afirmativo, proporcione tales declaraciones de impuestos) |

**Apelación/comentarios:**

**Certificado**

Certifico que, hasta donde yo sé, toda la información proporcionada es correcta y verdadera. Entiendo que la información será utilizada para determinar mi habilidad de pago por los servicios proporcionados por VUMC o una entidad afiliada, y doy permiso a VUMC y a todas las clínicas, hospitales y entidades afiliados para compartir información según sea necesario para considerar mi petición de asistencia financiera. Por la presente doy permiso a VUMC, todos los afiliados y representantes o agentes de VUMC para investigar la información contenida aquí y para obtener reportes de crédito.

|   |                              |
|---|------------------------------|
| <b>Firma del paciente/persona responsable</b> | <b>Fecha (mes, día, año)</b> |
| <b>Firma del cónyuge/pareja</b>               | <b>Fecha (mes, día, año)</b> |

Dentro de 4 a 6 semanas, usted recibirá una carta para informarle si ha sido elegido para asistencia financiera para un servicio aprobado. Si usted recibe una carta de aprobación, esto no significa que todos los servicios en VUMC han sido aprobados, ni que se aprobará la asistencia financiera para servicios futuros. Por favor llame al equipo de servicio al cliente del departamento de facturación a pacientes en VUMC al 888-274-7849 si desea comenzar una nueva solicitud. Las solicitudes nuevas también se pueden enviar por correo postal o electrónico. Si usted recibe una carta indicándole que no es elegible para asistencia financiera y quiere apelar la decisión, puede hacerlo por correo electrónico, correo postal o fax, llenando una solicitud de apelación para asistencia financiera de VUMC y anexando prueba de ingresos.

719 THOMPSON LANE, SUITE 30330  
NASHVILLE, TN 37204  
(615) 936-0910

Para servicios proporcionados en Vanderbilt Wilson County Hospital antes del 23 de abril de 2020, llame al (866) 402-3211.  
**financial.assistance@vumc.org**  
Fax: 615-936-0620