

Apelación para la asistencia financiera de Vanderbilt University Medical Center

VUMC tiene el compromiso de atender a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Los pacientes que no pueden pagar los servicios pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera. Complete y devuelva el siguiente formulario que se evaluará para la asistencia financiera.

| | | |
|--|--|--------------------------|
| Nombre del solicitante (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>) | Fechas y lugares de los servicios | Números de cuenta |
|--|--|--------------------------|

Instrucciones: Complete la solicitud y adjunte copias (no los originales) de:

- Declaraciones de impuestos y anexos de respaldo (de los 2 años anteriores)
- Seguro Social/Discapacidad* (si corresponde)
- W-2 o declaraciones de desempleo*
- Recibos de pago* (de los últimos 3 meses)
- Cartas de cupones de comida* (si corresponde)

*NO SE ACEPTAN CARTAS NOTARIZADAS

Paciente/Tercero responsable

| | | | |
|---|--|---|--|
| Nombre (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>) | | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento (<i>mes DD, AAAA</i>) |
| Dirección | | Ciudad | Estado Código postal |
| Teléfono | Tamaño del grupo familiar (<i>paciente, cónyuge y dependientes</i>) | | Estado civil |
| Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante | | | Nombre del empleador |
| Antigüedad en el empleo | Fecha en que quedó desempleado/tiempo que lleva desempleado (<i>mes DD, AAAA</i>) | ¿Está usted incluido en otra declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si respondió "Sí", proporcione las declaraciones de impuestos de las personas que se declaran) | |

Apelación/Comentarios:

Certificación

Certifico que toda la información incluida es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la información se usará para determinar mi capacidad de pagar los servicios que presten VUMC o una entidad afiliada, y autorizo a que VUMC y todas las entidades, clínicas y hospitales afiliados compartan la información, según sea necesario, para evaluar mi pedido de asistencia financiera. Por medio del presente autorizo a VUMC, y a todos los afiliados y representantes o agentes de VUMC, a investigar la información de este documento y a obtener reportes de crédito.

| | |
|---|--------------------------------------|
| Firma del Paciente/Tercero responsable | Fecha (<i>mes DD, AAAA</i>) |
| Firma del cónyuge/de la pareja | Fecha (<i>mes DD, AAAA</i>) |

En 4 a 6 semanas usted recibirá una carta que le dirá si es elegible para recibir asistencia financiera para un servicio aprobado. Si recibe una carta de aprobación, eso no significa que todos los servicios en VUMC estén aprobados ni que se aprobará la asistencia financiera para servicios futuros. Llame al equipo de servicio al cliente del departamento de facturación para pacientes de VUMC al 888-274-7849 para volver a presentar una solicitud. También puede enviar una nueva solicitud por correo electrónico o por correo. Si recibe una carta informándolo de que no es elegible para recibir asistencia financiera y quiere apelar la decisión, puede hacerlo enviando una solicitud completada de apelación para la asistencia financiera de VUMC por correo electrónico, por correo o por fax, y adjuntando un comprobante de ingresos.