

Solicitud de 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 del servicio	Números de cuenta
---	---------------------	-------------------

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

Lugar(es) del servicio

- | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Declaraciones de impuestos y anexos de respaldo (de los 2 años anteriores) • Seguro Social/Discapacidad, W-2 o desempleo (si corresponde) • Recibos de pago* (de los últimos 3 meses) • Cartas de cupones de comida* (si corresponde) | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Vanderbilt Medical Center (VUMC)</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Vanderbilt Wilson County Hospital (VWCH)</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Vanderbilt Tullahoma-Harton (VTHH)</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Vanderbilt Bedford Hospital (VBCH)</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Vanderbilt Medical Center (VUMC) | <input type="checkbox"/> | Vanderbilt Wilson County Hospital (VWCH) | <input type="checkbox"/> | Vanderbilt Tullahoma-Harton (VTHH) | <input type="checkbox"/> | Vanderbilt Bedford Hospital (VBCH) | <input type="checkbox"/> |
| Vanderbilt Medical Center (VUMC) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Vanderbilt Wilson County Hospital (VWCH) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Vanderbilt Tullahoma-Harton (VTHH) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Vanderbilt Bedford Hospital (VBCH) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

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)		

Cónyuge/Pareja

Nombre (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (<i>mes DD, AAAA</i>)	
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>)			

Dependientes (Si son más de 3, use una hoja aparte)

Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento (<i>mes DD, AAAA</i>)
1.		
2.		
3.		

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. 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.