

Solicitud para Asistencia Financiera de Ballad Health (Sistema de Salud Ballad)

Fecha de solicitud: _____ Nombre del paciente: _____

N° del Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ ID del Garante: _____

N° de Cuenta/s: _____, _____, _____, _____

Proporcione toda la documentación pertinente del siguiente listado. Firme y envíe todo a la dirección postal indicada abajo. La documentación debe incluir a todos los familiares de su hogar.

Documentación requerida: (*No envíe los originales* Escriba con tinta negra)

- La Declaración de Impuestos Federales de los últimos dos años. Si usted no ha declarado impuestos, debe presentar el Formulario 4506-T del IRS (Servicio de Rentas Internas).
- W-2 y los recibos de pago de los 3 últimos meses
- Si usted recibe aportes de Seguro Social, Discapacidad o una Pensión Militar, deberá presentar la declaración de beneficios.
- Ingresos por jubilación, pensión, anualidad, discapacidad de corto o largo plazo o compensación laboral
- Si usted recibe cupones para alimentos presente una copia de la carta de aprobación.
- Acciones, bonos, certificados de depósito y fondos mutuales
- Si usted es dueño/a de su vivienda debe presentar copia del estado de cuentas más reciente de la hipoteca.
- La copia más reciente de los estados de cuenta corriente, de ahorros y de Cuenta de Ahorros para Salud. Incluya todas las páginas de los estados de cuenta.
- Carta de aprobación o denegación de Medicaid

Determinación de su Calificación

Ballad Health determinará si usted califica para asistencia financiera basándose en las Pautas Federales de Pobreza y en sus activos (ver tabla en la otra página).

Cobranza Continua Durante el Proceso de Solicitud

Tenga en cuenta que se suspenderán las acciones de cobranza de su cuenta mientras se considera su solicitud de caridad una vez completada. Usted tendrá 30 días desde la fecha de esta solicitud de ayuda financiera para presentar toda la documentación correspondiente.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud visite la Oficina Central de Facturación (Central Billing Office), una de las instalaciones de Ballad Health, o llame al 423-262-1379 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Dirección Postal:

Ballad Health
PO Box 2308
Johnson City, TN 37605

Información del Paciente/Responsable legal (escriba en letra de imprenta)

Nombre Completo del Paciente	Fecha de Nacimiento	Responsable legal (Esposo/a, apoderado/a, garante)	
Domicilio	Código postal	Ciudad	
N° del Seguro Social	N° de teléfono	Casado/a ()	Soltero/a () Separado/a () Divorciado/a ()
Dueño/a de casa () Alquila ()	Pago mensual	Valor aproximado en \$	
Empleador (Nombre y Dirección) <input type="checkbox"/> Desempleado/a	N° de teléfono	En el empleo desde	Sueldo Mensual

¿Algunas de las cuentas incluidas se deben a un accidente de automóvil o a daños personales? Yes () No ()

Si responde sí, incluya la siguiente información: compañía de seguros o nombre del abogado:

N° de póliza: _____ Compañía de seguros: _____ Nombre del abogado: _____ N° de teléfono: _____

Información de su Esposo/a

Nombre	N° del Seguro Social		
Empleador (Nombre y Dirección)	N° de teléfono	En el empleo desde	Sueldo Mensual

Dependientes

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco

Gastos Mensuales	
Hipoteca/renta	\$
Electricidad	\$
Agua	\$
Teléfono/Celular	\$
Alimentos	\$
Vestimenta	\$
Pago de automóvil	\$
Guardería para niños	\$

Ingresos Mensuales	
Paciente	\$
Esposo/a	\$
Seguro social	\$
Discapacidad	\$
Desempleo	\$
Manutención para niños	\$
Pensión alimenticia	\$
Cupones para alimentos	\$
Compensación laboral	\$
Dividendos, Intereses	\$
Otros ingresos	\$
Ingreso total	\$

Activos	
Cuenta Corriente	\$
Cuenta de Ahorros	\$
Ahorros para Salud	\$
Certificado de Depósito	\$
Propiedades	\$
Otro	\$
Activos Adicionales	Valor estimado
Automóvil #1	\$
Automóvil #2	\$
Motocicleta #1	\$
Motocicleta #2	\$
Bote	\$
Casa rodante o caravana	\$

N° de personas en su hogar:

Declaración del solicitante: por la presente, certifico que la información en este formulario es correcta y verdadera según mi leal saber y entender, y que no se ha ocultado ni omitido ninguna información en esta solicitud. También entiendo que Ballad Health se reserva el derecho de revocar su decisión sobre los descuentos de caridad en el caso de descubrir información que indique que el paciente, el apoderado o el garante pueden pagar por los servicios. Doy permiso para que Ballad Health acceda mi historial de crédito y proporcione mi información financiera a las compañías contratadas por Ballad Health a fin de determinar para qué programas califico.

Firma del Paciente/Apoderado/Garante _____

Fecha _____

Comentarios:
