



**APLICACIÓN PARA DESCUENTO POR NECESIDAD FINANCIERA  
 FINANCIAL NEED DISCOUNT APPLICATION**

Es necesario completar esta aplicación para poder determinar la elegibilidad a los programas de ayuda de caridad o de descuento por necesidad financiera con West Tennessee Healthcare (WTH). Adicionalmente a esta aplicación se requiere información suplementaria para poder hacer una determinación completa en cuanto a la elegibilidad. La aplicación debe ser completada totalmente y verazmente y el proveer información engañosa o incompleta podría resultar en la negación de la elegibilidad para cualquier programa de asistencia financiera con WTH.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
NOMBRE DEL PACIENTE:					
NÚMERO DE CUENTA(S):					
DIRECCIÓN DEL PACIENTE		CALLE:			
		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:			
FECHA DE NACIMIENTO:		No. de Seguro Social:		NO. DE TELÉFONO	

SECCIÓN 2: MIEMBROS DEL HOGAR					
<p>Favor de completar la información siguiente sobre usted y sobre cada persona quien resida actualmente en su lugar de residencia o quien haya vivido en su residencia por seis de los últimos doce meses. Los miembros del hogar consisten en todas las personas, los que son parientes y los que no son parientes, que ocupan el mismo lugar de residencia.</p>					
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	¿EMPLEADO ACTUALMENTE? (SÍ O NO)	¿EMPLEADO EN EL ÚLTIMO AÑO? (SÍ O NO)	EMPLEADOR

SECCIÓN 3: BANCOS, INVERCIONES, Y OTROS BIENES			
CUENTA DE CHEQUES	¿Usted tiene una cuenta de cheques personal?    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	Nombre del Banco:		Balance Actual:
CUENTAS DE AHORROS	¿Usted tiene cuentas de ahorros?    Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	Nombre del banco (s):		Balance Cumulativo:
OTROS BIENES (Acciones, Bonos, Inversiones, etc.)	Balance cumulativo de todos los bienes <b>LÍQUIDOS</b> (NO las propiedades, casas, etc.) que puedan ser disponibles para uso inmediato:		

**FAVOR DE CONTINUAR EN LA PRÓXIMA PÁGINA**

**APLICACIÓN PARA DESCUENTO POR NECESIDAD FINANCIERA DE WEST TENNESSE HEALTHCARE (CONTINUACIÓN)**

**SECCIÓN 4: INGRESO ANUAL BRUTO**

**Se requieren comprobantes del ingreso anual bruto para todos los miembros del hogar que están listados en la Sección 2 de esta aplicación.** El ingreso anual bruto es la cantidad de ingresos ganados antes de cualquier deducción por impuestos, cuidados de salud, o cualquier otra deducción derivada de pagos y/o de beneficios. Ejemplos de ingresos que se cuentan incluyen (pero no son limitados a) las nominas o el sueldo, propinas ganadas, Ingreso por el Seguro Social, ingreso por incapacidad, pensión alimentaria entre cónyuges, pensión alimentaria para los niños, ganancias de planes de beneficios, regalos en efectivo, ingresos por subvención o becas, y cualquier otra forma de ingresos ganados. Si el solicitante u otros miembros del hogar declaran no tener ningún ingreso, la forma de Certificación de Cero Ingresos tiene que ser completada. **Los comprobantes aceptables de ingresos son: talones de pago de cheques de nominas que contengan el ingreso del año actual, las formas de la declaración de impuestos Federal del año anterior, copias de cartas de beneficios pagados explicando la cantidad de beneficios recibidos, y/o testimonios aceptables de las cantidades y la frecuencia de pagos de parte de empleadores o de quienes dieron los regalos en efectivo.** En el caso de aquellos que trabajan por cuenta propia, se requiere documentación de ingresos y de gastos por cualquier periodo de tiempo que no haya sido cubierto por una forma de declaración de impuestos. Es posible que tenga que completar la Forma 4506-T del IRS para el solicitante o los miembros del hogar.

MIEMBRO DEL HOGAR	ORIGEN DEL INGRESO	CANTIDAD RECIBIDA	FRECUENCIA DE LOS PAGOS	COMPROBANTE ADJUNTO

**SECCIÓN 5: INFORMACIÓN ADICIONAL**

Información adicional como la razón por la cual está solicitando asistencia financiera, razones por las cuales no ha podido dar la información pedida, y/o explicaciones de cambios de situaciones financieras, se puede adjuntar a esta aplicación. Si está sometiendo información adicional, por favor indique esta información en esta sección.

INFORMACIÓN ADJUNTA? (SÍ o NO)	FORMA ADJUNTA (Carta, comprobantes de otros gastos, etc.)

**SECCIÓN 6: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Yo certifico que toda la información dada en esta aplicación es verdadera y correcta según mi conocimiento. Yo comprendo que información falsa, errónea, o incompleta puede resultar en que esta aplicación sea negada y la elegibilidad negada para cualquiera de los programas con WTH. Además, también entiendo que el dar representaciones falsas de la información contenida en esta aplicación constituye un acto de fraude. Yo autorizo a WTH a que haga cualquier investigación necesaria para verificar la información contenida en esta aplicación y también autorizo a WTH a dar a conocer esta información a cualquier Asociado de Negocios o agencias del gobierno que la requieran.

Firma del Solicitante	Fecha

Si alguien ha ayudado al paciente a completar esta aplicación, favor de completar la información abajo.

Firma	Fecha	Número de Teléfono
Imprima el Nombre	Relación al Paciente	

**(Solo para Uso Interno) Fecha de Recibo dentro del Departamento de Cuentas del Hospital: \_\_\_\_\_**