



**FORMULARIO DE EVALUACIÓN FINANCIERA PARA PLAN DE PAGO**  
 (PAYMENT PLAN FINANCIAL ASSESSMENT FORM)

Los saldos de las cuentas de pacientes son la responsabilidad del garante de la cuenta y es necesario recibir cualquier pago, ya sea el pago completo u otro arreglo de pago aprobado, dentro de los treinta (30) días después de la facturación inicial para mantener las cuentas en buen estado. Si el saldo de la cuenta del paciente no puede ser pagado en su totalidad dentro de los 120 días después de la facturación inicial, entonces será necesario completar el presente formulario para establecer el monto y la frecuencia de pago aceptables para satisfacer el saldo de su cuenta de paciente. La información en este formulario se utilizará únicamente con el propósito de determinar un arreglo de pago aceptable. Si no se establece un plan de pago o arreglo de pago satisfactorio o si los arreglos de pago o planes de pago prometidos no se cumplen, la cuenta estará sujeta a medidas de cobranza continuas que podrían incluir el envío a una agencia de colección exterior, reporte al sistema de crédito y/o litigación. Este formulario debe ser completado totalmente y con exactitud y la información falsa o incompleta puede resultar en la negación de cualquier arreglo de pago que no sea el pago en su totalidad.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
NOMBRE DEL PACIENTE:				
NÚMERO DE CUENTA (S):				
FECHA DE NACIMIENTO:		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		NÚMERO DE TELÉFONO:
SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL GARANTE (si es igual a la del paciente, saltar a la sección 3)				
NOMBRE DEL GARANTE:				
DIRECCIÓN DEL GARANTE		CALLE:		
		CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL:		
FECHA DE NACIMIENTO:		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		NÚMERO DE TELÉFONO:
SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL HOGAR				
Por favor complete la siguiente información acerca de usted, así como de cualquier otra persona que actualmente vive en su lugar de residencia o ha vivido en su lugar de residencia por seis de los últimos doce meses. Los miembros del hogar consisten en todas las personas, ambos relacionados o sin relación, que ocupan el mismo lugar de residencia.				
NOMBRE	EDAD	¿ACTUALMENTE TIENE EMPLEO? (Sí o No)	EMPLEADOR	INGRESO BRUTO MENSUAL
SECCIÓN 4: OTROS INGRESOS Y ACTIVOS				
OTROS INGRESOS	Otra cantidad de ingreso familiar mensual (incluir manutención recibida, pensión alimenticia, estampillas de comida, etc.):			
	Otra fuente de ingreso familiar mensual:			
OTROS ACTIVOS *:			*Balance acumulado de todos los demás activos <b>LÍQUIDOS</b> incluyendo balances de cuentas de cheques y ahorros, acciones, bonos, inversiones, etc., que pueden estar inmediatamente disponibles para su uso. No incluir propiedades personales o de negocios.	

SOLICITUD AL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE WEST TENNESSEE HEALTHCARE (CONTINUADO)

**SECCIÓN 5: LOS GASTOS MENSUALES DEL HOGAR**

**PAGOS MENSUALES DE COSTO DE VIDA:**

ARTÍCULO	MONTO MENSUAL	ARTÍCULO	MONTO MENSUAL
Vivienda (incluidos los impuestos sobre la propiedad, seguros, etc.):		Otro Pago Mensual de Costo de Vida 1: (Especifique abajo)	
Servicios Públicos (Electricidad, Agua, Gas, Alcantarillado):			
Comida/Provisiones:		Otro Pago Mensual de Costo de Vida 2: (Especifique abajo)	
Pagos de Auto de Préstamo/Arrendamiento/Seguro:			
Teléfonos (Celulares y Teléfonos Fijos):		Otro Pago Mensual de Costo de Vida 3: (Especifique abajo)	
Cable/Satélite/Internet:			
Cuidado de Niños/Escuela/Manutención Pagada (no recibida):		Otro Pago Mensual de Costo de Vida 4: (Especifique abajo)	
Transporte (incluyendo gasolina):			

**CRÉDITO MENSUAL Y OTROS PAGOS MÉDICOS**

TARJETAS DE CRÉDITO	BALANCE:		OTRAS CUENTAS DE HOSPITAL:	BALANCE:	
	PAGO MENSUAL:			PAGO MENSUAL:	
OTRO PRÉSTAMO PERSONAL 1 (Especificar abajo)	BALANCE:		OTROS GASTOS MÉDICOS:	BALANCE:	
	PAGO MENSUAL:			PAGO MENSUAL:	
OTRO PRÉSTAMO PERSONAL 2 (Especificar abajo)	BALANCE:		OTRAS CUENTAS MÉDICAS: (Medicina, Dental, Productos, etc.).	BALANCE:	
	PAGO MENSUAL:			PAGO MENSUAL:	

**SECCIÓN 5: INFORMACIÓN ADICIONAL**

Información adicional que podría explicar porqué la información no muestra una imagen completa de la situación financiera a ser considerada para un plan de pago puede ser sometida para consideración. Si se presenta información adicional, por favor indique esta información en esta sección.

FORMA ADJUNTA (Carta, comprobante de otros gastos, etc.).

**SECCIÓN 6: CERTIFICACIÓN**

Yo certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y exacta a mi mejor conocimiento. Entiendo que proporcionar información incompleta, engañosa o falsa puede resultar en la negación de cualquier arreglo de pago que no sea el pago en su totalidad. Además, tengo entendido que ofrecer falsas representaciones de la información contenida en esta solicitud constituye un acto de fraude. Por la presente autorizo a WTH para hacer las investigaciones necesarias para verificar la información contenida en esta solicitud y suministraré información adicional según sea necesario.

Firma del Solicitante

Fecha

**SECCIÓN 7: USO INTERNO SOLAMENTE – COMPLETADO POR PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE CUENTAS DEL HOSPITAL WTH**

Fecha de Recibo:		Monto de Pago Mensual:	
Balance de Cuentas Total:		Periodo del Plan de Pago:	
Iniciales del Empleado que Revisó:		Iniciales del Empleado que Aprueba:	