



Riverside Community Hospital
P.O. Box 290969
Nashville, TN 37229

Estimado paciente/parte responsable:

Gracias por elegir a Riverside Community Hospital para atender sus recientes necesidades de atención médica. Tras revisar su cuenta, identificamos que podría calificar para ayuda económica. Para ser considerado en nuestros programas de asistencia económica, complete, firme y devuelva la Solicitud de ayuda económica adjunta, e incluya la documentación de respaldo correspondiente. Le pedimos que presente esta información en un plazo de catorce (14) días a partir de haber recibido el formulario, aunque aceptaremos su solicitud en cualquier momento.

La documentación de respaldo que preferimos es su declaración de impuestos sobre ingresos más reciente. Se considera una declaración de impuestos sobre ingresos reciente aquella correspondiente al año en que recibió su primera factura como paciente o 12 meses antes de su primera factura como paciente. Si no puede presentar una declaración de impuestos sobre ingresos reciente, como alternativa, puede presentar la declaración de impuestos sobre ingresos del año más reciente (si no es la declaración reciente según lo definido arriba); presente dos de los siguientes documentos:

- * Recibos de pago recientes (u otra documentación por escrito de fuentes de ingresos)
- * Formulario W-2 de respaldo
- * Formularios 1099 de respaldo
- * Copias de todos los estados de cuenta del banco de los últimos 3 meses
- * Reporte de crédito vigente

Si por cualquier motivo no puede darnos la información necesaria, adjunte una declaración por escrito donde explique por qué no puede presentar dicha información.

Espere veintiún (21) días laborables para que finalicemos nuestro proceso de revisión. Lo informaremos por escrito de nuestra decisión sobre la ayuda económica. Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude en comunicarse con Servicio al Cliente en cualquier momento.

Atentamente,
Servicio al Cliente
Teléfono: 800-307-7135
Fax: 833-336-8190
Horario de atención: 8:30 a. m. - 5:00 p. m.

PO Box 290969
NASHVILLE, TN 37229

Solicitud de ayuda económica

Nombre del hospital: _____
Número de cuenta: _____
Nombre del paciente: _____
Número de Seguro Social del paciente: _____
Nombre de la parte responsable: _____
Número de Seguro Social de la parte responsable: _____

“Familia del paciente” significa lo siguiente:

(1) Para personas mayores de 18 años: cónyuge, pareja doméstica, según se define en la sección 297 del Código de Familia, e hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si tienen alguna discapacidad, conforme a la sección 1614(a) de la parte A del Título XVI de la Ley del Seguro Social, sin importar si viven en la casa o no.

(2) Para personas menores de 18 años o para un hijo dependiente entre 18 y 20 años, incluidos: padres, familiares cuidadores y otros hijos dependientes de los padres o de los familiares cuidadores que sean menores de 21 años, o de cualquier edad si tienen alguna discapacidad, conforme a la sección 1614(a) de la parte A del Título XVI de la Ley del Seguro Social.

Nombre:

Edad:

Empleo (Paciente/Parte responsable)

Nombre del empleador:			
Salario por hora:		Horas trabajadas por semana:	
Ingresos brutos semanales, mensuales o anuales actuales (antes de impuestos):			
Si está desempleado, fecha del último trabajo:			

Empleo del cónyuge

Nombre del empleador:			
Salario por hora:		Horas trabajadas por semana:	
Ingresos brutos semanales, mensuales o anuales actuales (antes de impuestos):			
Si está desempleado, fecha del último trabajo:			

Tipo de documentación de respaldo presentada (marque una de las siguientes opciones según corresponda)

Documentación preferida para todos los pacientes:

Declaración de impuestos sobre ingresos reciente (Correspondiente al año en que recibió su primera factura como paciente o a los 12 meses antes de su primera factura como paciente)	☐
--	--------------------------

Declaración de impuestos sobre ingresos del año más reciente

☐

Para los pacientes que no puedan presentar la documentación de respaldo preferida mencionada arriba, presente dos documentos de respaldo de la lista de abajo:

Recibos de pago recientes (u otra documentación por escrito de fuentes de ingresos)	☐
Formulario W-2 de respaldo	☐
Formularios 1099 de respaldo	☐
Copias de todos los estados de cuenta del banco de los últimos 3 meses	☐
Reporte de crédito vigente	☐

Aunque no se exige, ¿solicitó Medicaid o algún otro tipo de ayuda del estado o del condado?

☐Sí ☐No

Si respondió Sí y lo conoce, indique el número de caso: _____ Fecha de solicitud: _____

Yo, el que suscribe, certifico que la información arriba mencionada es verdadera y correcta hasta donde yo sé. Entiendo que la información presentada está sujeta a verificación. En el proceso de revisión, se podría solicitar un reporte de crédito para verificar la información dada en esta solicitud. Entiendo que la falsificación de la información presentada puede perjudicar mi consideración para acceder al programa. Además, con el fin de calificar para este programa, entiendo que debo enviar una solicitud a cualquier tipo de ayuda que pueda estar disponible para ayudar a pagar esta factura de hospital antes de completar esta solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____
(paciente, parte responsable, etc.)