



Envíe al: **Methodist Le Bonheur Healthcare Self Pay Department**  
 P O Box 172193  
 Memphis, TN 87-2193  
 Attn: Financial Assistance Program  
 Telephone: (901) 542-5347 Fax: (901) 542-5353

## APLICACIÓN POR ASISTENCIA FINANCIERA

### Paciente

Nombre \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 # de Seguro Social \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
 Teléfono al trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono en casa \_\_\_\_\_

### Persona Responsable por pagos (P.R.)

**¿El Paciente Mismo?**  
 ¿Sí?  ¿No?

Si no, favor de rellenar lo siguiente:

Nombre del P.R. \_\_\_\_\_  
 SS# del P.R. \_\_\_\_\_  
 Empleador del P.R. \_\_\_\_\_

### BUSINESS OFFICE INFORMATION

**BILLING NUMBER(S):** \_\_\_\_\_ **LEVEL OF APPROVAL:** \_\_\_\_\_ %

Lista cada persona en su casa / si tienen empleo, indique el empleador/ si necesita más espacio a escribir, favor de usar el revés de esta hoja

Nombre	Edad	¿Relacionado a Ud.?	Empleador	¿Es persona a su cargo?
				¿Sí? <input type="radio"/> ¿No? <input type="radio"/>
				¿Sí? <input type="radio"/> ¿No? <input type="radio"/>
				¿Sí? <input type="radio"/> ¿No? <input type="radio"/>
				¿Sí? <input type="radio"/> ¿No? <input type="radio"/>
				¿Sí? <input type="radio"/> ¿No? <input type="radio"/>

- Favor de indicar EL MONTO DE SUS INGRESOS MENSUALES \$ \_\_\_\_\_  
 (SI SE REQUIERE, FAVOR DE PROPORCIONAR VERIFICACIÓN DE SUS INGRESOS)
- ¿En este momento, ya tienen cobertura médica ud., su esposa(o), sus hijos o personas a su cargo? ¿Sí?  ¿No?
- ¿Si no, ha tenido ud. cobertura médica en los últimos 6 meses? ¿Sí?  ¿No?
- ¿ Si ud. o su esposa(o) tiene trabajo, se les ofrece a uds. seguro médico? ¿Sí?  ¿No?
- ¿En los últimos 6 meses, solicitó ud. beneficios de programas TennCare, Medicaid, Beneficios de Seguro Social, Beneficios de Discapacidad, Víctimas del Crimen u otras reclamaciones de terceros proveedores? ¿Sí?  ¿No?

Estoy solicitando consideración por asistencia financiera médica. Yo entiendo que la información contenida en esta forma es sometida a verificación incluyendo una búsqueda de mi crédito historial. Además entiendo que si se encuentra falsa la información que yo he dado, tal determinación resultará en una negación de mi solicitud. Yo acuerdo que este es un servicio voluntario brindado de Methodist Le Bonheur Healthcare y todos los derechos a mi aprobación o mi negación se encuentran exclusivamente reservados a Methodist. Yo afirmo que la información ofrecida aquí esta correcta y al corriente tanto que yo sepa.

\_\_\_\_\_  
 Firma autográfica del solicitante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del representante hospitalario

\_\_\_\_\_  
 Fecha

-----Uso Administrativo-----

Level of Approval \_\_\_\_\_ % For 40% approvals the monthly payments will be \$ \_\_\_\_\_ The number of months= \_\_\_\_\_  
 The Billing number involved are: \_\_\_\_\_ T.U. Score \_\_\_\_\_