

Solicitud de asistencia financiera de Vanderbilt University Medical Center

VUMC tiene el compromiso de atender a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Los pacientes que no pueden pagar los servicios pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera. Complete y devuelva el siguiente formulario que se evaluará para la asistencia financiera.

Nombre del solicitante (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)	Fechas de los servicios:	Números de cuenta
--	---------------------------------	--------------------------

Instrucciones: Complete la solicitud y adjunte copias (no los originales) de:

Ubicaciones de los servicios:

- Declaraciones de impuestos y programas de respaldo (2 años anteriores)
- Seguro Social/Discapacidad, W-2 o Desempleo (si corresponde)
- Talones de pago* (los 3 últimos meses)
- Cartas de vales canjeables por alimentos* (si corresponde)

- Vanderbilt Medical Center (VUMC)
- Vanderbilt Wilson County Hospital (VWCH)
- Vanderbilt Tullahoma-Hardin (VTHH)
- Vanderbilt Bedford Hospital (VBCH)

Paciente/Tercero responsable

Nombre (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (<i>DD de mes de AAAA</i>)	
Dirección		Ciudad		Estado	
Teléfono		Tamaño del grupo familiar (<i>paciente, cónyuge y dependientes</i>)		Estado civil	
Situación laboral Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/>		Nombre del empleador		¿Es usted un estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tiempo en el trabajo		¿Es este el resultado de un accidente automovilístico o relacionado con el trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si respondió "Sí" a la pregunta sobre accidente automovilístico o relacionado con el trabajo, haga clic aquí . Si responde a estas preguntas, pasará a la siguiente parte del proceso de aprobación de su solicitud de ayuda económica.	
Fecha en que quedó desempleado/tiempo que lleva desempleado (<i>DD de mes de AAAA</i>)		¿Está usted reclamado en otra declaración de impuestos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Si respondió "Sí", proporcione las declaraciones de impuestos de las personas reclamadas)			

Cónyuge/Pareja

Nombre (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento (<i>DD de mes de AAAA</i>)	
Dirección		Ciudad		Estado	
Teléfono		Tamaño del grupo familiar (<i>paciente, cónyuge y dependientes</i>)		Estado civil	
Situación laboral Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/>		Nombre del empleador		¿Es usted un estudiante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tiempo en el trabajo		¿Es este el resultado de un accidente automovilístico o relacionado con el trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si respondió "Sí" a la pregunta sobre accidente automovilístico o relacionado con el trabajo, haga clic aquí . Si responde a estas preguntas, pasará a la siguiente parte del proceso de aprobación de su solicitud de ayuda económica.	
Fecha en que quedó desempleado/tiempo que lleva desempleado (<i>DD de mes de AAAA</i>)		¿Está usted reclamado en otra declaración de impuestos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Si respondió "Sí", proporcione las declaraciones de impuestos de las personas reclamadas)			

Dependientes (Si son más de 3, use una hoja aparte)

Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento (mes DD, AAAA)
1.		
2.		
3.		

Certificación

Certifico que toda la información incluida es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la información se usará para determinar mi capacidad de pagar los servicios que presten VUMC o una entidad afiliada, y autorizo a que VUMC y todas las entidades, clínicas y hospitales afiliados compartan la información, según sea necesario, para evaluar mi pedido de asistencia financiera. Por medio del presente autorizo a VUMC, y a todos los afiliados y representantes o agentes de VUMC, a investigar la información de este documento y a obtener reportes de crédito.

Firma del Paciente/Tercero responsable	Fecha (<i>mes DD, AAAA</i>)
Firma del cónyuge/de la pareja	Fecha (<i>mes DD, AAAA</i>)

En 4 a 6 semanas, usted recibirá una carta que le dirá si es elegible para recibir asistencia financiera. Si recibe una carta de aprobación, eso no significa que todos los servicios en VUMC estén aprobados ni que se aprobará la asistencia financiera para servicios futuros. Llame al equipo de Servicio al Cliente (Customer Service) del departamento de Facturación para Pacientes (Patient Billing) de VUMC al 888-274-7849 para volver a presentar una solicitud. También puede enviar una nueva solicitud por correo electrónico o por correo. Si recibe una carta en la que le informan de que no es elegible para recibir asistencia financiera y quiere apelar la decisión, puede hacerlo enviando una solicitud completada de apelación para la asistencia financiera de VUMC por correo electrónico, por correo postal o por fax. Atención: La dirección que aparece a continuación es **SOLO** para **CORREO POSTAL**.

Revenue Cycle Department of Finance
3841 Green Hills Village Drive, Suite 200
NASHVILLE, TN 37215
(615) 936-0910 - Teléfono
(615) 936-0620 - Fax
financial.assistance@vumc.org