



Por Favor Regrese Este Formulario a:
Tennessee Retina
Attn: Billing Dept
345 23rd Ave N STE 350
Nashville, TN 37203-1596
Telefono: (615)983-6302
Fax: (615)320-1213
Email: _____

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Por favor complete la solicitud a la medida de su capacidad, y la manera más completa posible. Esto nos ayudará a responder a su solicitud lo antes posible. Si desea proporcionar información adicional de cualquier tipo que se siente, nos ayudará a entender mejor la situación, por favor adjunte una carta con esta Solicitud.

Uso del Personal Solamente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.				# de Cuenta	
<u>Nombre del Paciente:</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Estatus Civil</u>	<u>Sexo</u>	<u># de Telefono.</u>	
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>Codigo Postal</u>	<u>Email</u>	
<u>Numero de Seguro Social</u>	<u>Empleador</u>	<u>Duración del Empleo</u>	<u>Horas trabajadas por semana</u>		
			Tiempo Completo / Medio Tiempo		
<u>Dirección del Empleo</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Estate</u>	<u>Codigo Postal</u>	<u># de Telefono del Empleador</u>	

INFORMACIÓN DEL TUTOR RESPONSIBLE				
<u>Nombre:</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Estado Civil</u>	<u>Sexo</u>	<u># de Telefono.</u>
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>Codigo Postal</u>	<u>Email</u>
<u>Numero de Seguro Social</u>	<u>Empleador</u>	<u>Duración del Empleo</u>	<u>Horas trabajadas por semana</u>	
			Full Time / Part Time	
<u>Dirección del Empleo</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Estate</u>	<u>Codigo Postal</u>	<u># de Telefono del Empleador</u>

INFORMACIÓN DEL ESPOSO DEL TUTOR RESPONSIBLE (Si es aplicable)				
<u>Nombre del Cónyuge (Esposo/Esposa):</u>	<u>Numero de Seguro Social</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u># de Telefono</u>	
<u>Empleador</u>	<u>Duración del Empleo</u>	<u>Horas trabajadas por semana</u>		
		Tiempo Completo Medio Tiempo		
<u>Dirección del Empleador del Cónyuge (Esposo/Es Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>Codigo Postal</u>	<u># de Telefono del Empleador</u>	

INFORMACION DEL DEPENDIENTE		
<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relacion</u>



Por Favor Regrese Este Formulario a:
Tennessee Retina
Attn: Billing Dept
345 23rd Ave N STE 350
Nashville, TN 37203-1596
Telephono: (615)983-6302
Fax: (615)320-1213
Email: _____

INGRESO MENSUAL BRUTO

Ingreso del Trabajo del Apicante	\$ _____
Ingreso del Cónyuge del Solicitante	\$ _____
Beneficios del Seguro Social	\$ _____
Pension / Ingresos de Jubilación	\$ _____
Compensación por Desempleo	\$ _____
Compensación de Empleador	\$ _____
Ingresos de Intereses / Dividendos	\$ _____
de Hijos	\$ _____
Pensión Alimenticia (Alimony)	\$ _____
Ingreso por Alquiler de Propiedad	\$ _____
Estampillas de Alimentos	\$ _____
Otro	\$ _____
Otro	\$ _____
INGRESO TOTAL BRUTO	\$ _____

Comentarios: _____

Yo certifico que la información anterior es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a Tennessee Retina para obtener información de las agencias de informes de crédito externas si Tennessee Retina considere necesario.

_____ Fecha

_____ Firma del paciente, Esposo, Tutor o Representante Legal



Por Favor Regrese Este Formulario a:
Tennessee Retina
Attn: Billing Dept
345 23rd Ave N STE 350
Nashville, TN 37203-1596
Telephono: (615)983-6302
Fax: (615)320-1213
Email: _____

Fecha de Hoy: _____
Fecha Recibido: _____
Nombre del Paciente: _____
de Cuenta del Paciente: _____

Para que podamos evaluar sus necesidades financieras, debe presentar los siguientes documentos:

- 1) Copias del último año la declaración de impuestos [usted y su cónyuge si es casado (a)]**
- Y**
- 2) Copias de sus últimos 3 meses de talones de pago [usted y su cónyuge, si es casado (a)]**

Nombre Impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____