



Por Favor Regrese Este Formulario a:
Tennessee Retina
Attn: Medical Billing - Financial Assistance
318 Northcreek Blvd Suite 200,
Goodlettsville, Tennessee 37072
Telephono: (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		
Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento	Estatus Civil	Sexo	# de Telefono.
Dirección	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Email
Numero de Seguro Social	Empleador	Duración del Empleo	Horas trabajadas por semana	
			Tiempo Completo / Medio Tiempo	
Dirección del Empleo	Ciudad	Estate	Codigo Postal	# de Telefono del Empleador

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

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

INFORMACION DEL DEPENDIENTE		
Nombre	Edad	Relacion



Por Favor Regrese Este Formulario a:
Tennessee Retina Attn: Medical Billing - Financial Assistance 318 Northcreek Blvd Suite 200, Goodlettsville, Tennessee 37072
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: Medical Billing - Financial Assistance
318 Northcreek Blvd Suite 200,
Goodlettsville, Tennessee 37072

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: _____