

1407 Union Avenue, Suite 700, Memphis, Tennessee 38104-3641  
 P 901.866.8738 | F 901.302.2516  
 uch\_billing@uthsc.edu

MRN \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Social Security # \_\_\_\_\_  
 Primary Phone \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_

**RESPONSIBLE PARTY (RP)**

Same as patient:  Yes  No

If no, please complete:

RP Name \_\_\_\_\_

RP SS# \_\_\_\_\_

RP Employer \_\_\_\_\_

Name	Age	Relationship	Employer	Your Legal Dependent?
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**TOTAL HOUSEHOLD MONTHLY GROSS INCOME: \$** \_\_\_\_\_

**Proof of income.** Please be prepared to provide proof of income. Examples accepted are: Prior year 1040 tax return, Social Security Administration statement of benefits, award letter for disability and/or retirement, food stamp approval letter, approval for unemployment benefits, or other proof of government assistance.

**Proof of legal residency.** Please be prepared to provide proof of legal residency. Examples accepted are: United States visa, property tax statement, rental agreement, driver's license or utility bill.

Are you, your spouse or any of your dependents presently covered under any health insurance?  Yes  No

Have you had insurance coverage within the last six months? If yes:  Yes  No

Provide name of insurance: \_\_\_\_\_

If employer sponsored, provide name of employer: \_\_\_\_\_

If you or your spouse are employed, does the employer offer health care insurance?  Yes  No

Have you applied within the last six months for TennCare, Medicaid, Social Security benefits, Disability benefits, Victims of Crime, or any third-party liability claims?  Yes  No

**THE FOLLOWING DISCLAIMER SHOULD BE READ BY THE PATIENT OR RESPONSIBLE PARTY BEFORE SIGNING FORM.**

I am requesting consideration for medical financial assistance. I understand that the information I submit is subject to verification which may include an inquiry of my credit history. I also understand that if the information I submit is determined to be false, such a determination will result in denial for consideration. I am aware that this is a voluntary service by University Clinical Health and it maintains exclusive rights for approval or denial. I affirm that the information provided is true and correct to the best of my knowledge.

Signature of Applicant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature of Applicant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Seguridad social # \_\_\_\_\_  
 Primaria Teléfono \_\_\_\_\_ Célula \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Partido responsable (RP)**

Igual que el paciente:  Sí  No

No si no, por favor completa:

RP Nombre \_\_\_\_\_

RP SS # \_\_\_\_\_

RP Empleador \_\_\_\_\_

Nom bre	Edad	Relación	Empleador	¿su dependiente legal?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>TOTAL de ingresos brutos mensuales del hogar: \$</b>				

**Prueba de ingresos.** Por favor, esté preparado para proporcionar prueba de ingresos. Los ejemplos aceptados son: Declaración de impuestos del año anterior 1040, estado de beneficios de la administración del seguro social, carta de premio por incapacidad y/o jubilación, carta de aprobación de cupones de alimentos, aprobación para el desempleo Benefits, u otra prueba de asistencia del gobierno.

**Prueba de residencia legal.** Por favor esté preparado para proporcionar prueba de residencia legal. Los ejemplos aceptados son: Visa de Estados Unidos, declaración del impuesto de propiedad, contrato de alquiler, licencia de conducir o cuenta de la utilidad.

Eres you, su cónyuge o cualquiera de sus dependientes actualmente cubierto bajo cualquier seguro de salud?  Sí  No

¿ha tenido cobertura de seguro en los últimos seis meses? En caso afirmativo:  Sí  No

Proporcione el nombre del seguro:

Si el empleador patrocina, proporcione el nombre del empleador:

Si usted o su cónyuge están empleados, ¿el empleador ofrece servicios de cuidado seguro?  Sí  No

¿ha aplicado en los últimos seis meses para TennCare, Medicaid, beneficios de seguro social, beneficios por incapacidad, víctimas de delito, o cualquier reclamación de responsabilidad civil de terceros?  Sí  No

**La siguiente exención de responsabilidad debe ser leída por el paciente o la persona responsable antes de firmar el formulario.** Solicito la consideración para la ayuda financiera médica. Entiendo que la información que envío está sujeta a verificación que puede incluir una investigación de mi historial crediticio. También entiendo que si la información que envío está determinada a ser falsa, tal determinación dará lugar a la negación para la consideración. Soy consciente de que este es un servicio voluntario por UniverSity salud clínica y mantiene derechos exclusivos de aprobación o negación. Afirmando que la información proporcionada es verdadera y correcta al mejor de mis conocimientos.

Firma de Solicitante

Fecha

Firma de Solicitante

Fecha