



# PAINT THE MOUNTAINS *Pink*

## Solicitud para Asistencia Financiera de Paint the Mountains Pink (Pinta las montañas de rosado)

- La misión de Paint the Mountains Pink es hacer correr la voz sobre la importancia de la mamografía y la detección temprana, y ayudar a informarle a nuestra comunidad que la mamografía realmente sí salva vidas.
- Los fondos recaudados por Paint the Mountains Pink ayudarán a proveerles mamografías a las que no puedan pagar por ese servicio en el condado de Sevier. Las mujeres de 40 años y mayores quienes residen en el condado de Sevier, que no tienen seguro de salud y no pueden pagar por una mamografía, son elegibles para recibir asistencia financiera para pagar por una mamografía de rutina anual.
- Cada año debe presentar una nueva solicitud para calificar para un chequeo con mamografía.

Si tiene alguna duda sobre el proceso de solicitud, por favor llame gratis al 865.446.8687.

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre compuesto: \_\_\_\_\_ # de seguro social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo postal, si es diferente a la de arriba: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador actual: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Ingreso total del hogar: \_\_\_\_\_ Número de dependientes: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge (o compañero): \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge (o compañero): \_\_\_\_\_

Fecha de su última mamografía: \_\_\_\_\_ Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted cobertura de seguro de salud?  Si  No ¿Ha aplicado para TennCare?  Si  No

Gastos mensuales: Renta/Hipoteca: \_\_\_\_\_ Médicos: \_\_\_\_\_

Comida/Servicios públicos: \_\_\_\_\_ Otros gastos: \_\_\_\_\_

*La solicitud continúa en la siguiente página*

**Por favor adjuntar los siguientes documentos a su solicitud:**

- Copia de la licencia para conducir como prueba de dónde reside. (Si usted no tiene una tarjeta de identidad con foto, por favor incluya una copia reciente de su factura de los servicios de electricidad, agua, o gas).
- Copia del último recibo del pago que haya recibido (uno suyo y otro del esposo o compañero). Si usted no tiene recibo del pago, usted necesitará incluir una carta con sello de notario con información sobre sus ingresos

Yo entiendo que el completar esta solicitud no garantiza elegibilidad para recibir una mamografía rutinaria gratis. Yo certifico que la información contenida en esta solicitud es completa y precisa. Yo no solicitaré reembolso a ninguna compañía de seguros de salud o programa gubernamental de beneficios de salud por servicios cubiertos por este programa de asistencia financiera.

Yo entiendo que si yo no lleno los requisitos del programa, no seré elegible para recibir asistencia financiera. Yo entiendo que si mi solicitud es aprobada y no hay fondos inmediatamente disponibles para recibir una mamografía de rutina, mi nombre podrá ponerse en una lista de espera hasta que haya fondos disponibles.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**¿Cómo puedo presentar mi solicitud (junto con los documentos requeridos)?**

- Entregar a: LeConte Medical Center, attn: Customer Service, 742 Middle Creek Road, Sevierville, Tennessee, 37862.
- Traer este formulario completado y los documentos requeridos a la oficina de Servicio al Cliente en el departamento de inscripciones durante las horas normales de trabajo (de lunes a viernes de las 7:30 a.m. hasta las 4 p.m.).

**¿Cómo me enteraré si mi solicitud ha sido aprobada?**

- Si su solicitud es aprobada usted recibirá una llamada del centro de mamografía para programar su cita.
- Si su solicitud no es aprobada a usted se le informará por correo postal.

Si usted tiene alguna pregunta acerca del proceso de la solicitud, por favor llame a la línea directa 865.446.8687.

[www.paintthemountainpink.com](http://www.paintthemountainpink.com)

**FOR INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO): :**

Date received (fecha de recibo): \_\_\_\_\_ Clerk (empleado): \_\_\_\_\_

Account # (# de cuenta): \_\_\_\_\_ MR #: \_\_\_\_\_

Application approved by committee on (enter date) Solicitud aprobada por comité de fecha (ingresar fecha): \_\_\_\_\_

Application NOT approved by committee due to: Solicitud NO aprobada por el comité debido a:

\_\_\_\_\_

