

PATIENT ASSISTANCE CONSIDERATION APPLICATION

PATIENT INFORMATION

NAME	DATE OF BIRTH
STREET ADDRESS	PHONE
CITY/STATE/ZIP	EMAIL

HOUSEHOLD FINANCIAL INFORMATION (REQUIRED)

1. Annual household income after adjustments: _____ yearly
2. How many people contribute to this household income? _____
3. How many people in your household? _____

DOCUMENTATION OF HOUSEHOLD INCOME (REQUIRED)

Please review the options below and provide copies that best reflect the income reported above.

1. Federal tax form (Page 1 and 2, SSN may be crossed out) from the most recent year <i>*A tax return is preferred but not required.</i>	2. Medicaid information (Medicaid beneficiaries)	3. All of the following that may apply to your household income: – One month of paycheck statement(s) from the most recent month *Must show year-to-date gross income. – Social Security statement of benefits (SS1099, 4506T) – Pension/Annuity/Retirement account statements (1099R) – Most current bank statement *Must be a complete month statement pre-printed with account owner's name. Only the account number may be crossed out. – SNAP/government assistance (must send approval/renewal letter)
AND/OR	AND/OR	

ADDITIONAL INFORMATION (OPTIONAL)

Please describe **in detail** special financial circumstances and/or medical-related expenses you would want us to consider that impacts your ability to pay for your pneumatic compression device. **Please note: medical expenses must be listed with dollar amounts to be considered.**

SIGNATURE AND APPROVAL

I certify that all information is true and correct to the best of my knowledge. I understand that Tactile Medical is relying upon this information to determine my financial need. I provide this information in strict confidence and direct that this information be used by Tactile Medical to ascertain my ability to pay for the equipment and services provided by Tactile Medical. I understand that no promise of reduction or waiver has been made and that only authorized staff may respond to this request.

SIGNATURE	DATE
-----------	------

TACTILE MEDICAL CANNOT PROCESS YOUR APPLICATION UNTIL ALL DOCUMENTATION OF HOUSEHOLD INCOME IS RECEIVED AND THIS DOCUMENT IS SIGNED AND DATED.

SUBMIT APPLICATION AND DOCUMENTATION:

Email: PAC@tactilemedical.com (*This email option is not an encrypted or secure method.*)

Fax: Attention: PAC Dept. 800.507.6681

Mail: Attention: PAC Dept. 3701 Wayzata Blvd, Suite 300, Minneapolis, MN 55416 USA

FOR QUESTIONS:

Phone: 866.391.0395

Tactile Medical
3701 Wayzata Blvd, Suite 300
Minneapolis, MN 55416 USA

Customer Care
Text or Call: 612.355.5100
Toll Free Phone: 833.3TACTILE (833.382.2845)
Fax: 612.355.5101 / Toll Free Fax: 866.435.3949

Email: customerservice@tactilemedical.com
Hours: 7 a.m. to 5:30 p.m. CT, Monday–Friday
tactilemedical.com

Tactile
MEDICAL®

SOLICITUD DE CONSIDERACIÓN DE ASISTENCIA PARA EL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	TELÉFONO
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL GRUPO FAMILIAR (OBLIGATORIO)	
1. Ingresos anuales del grupo familiar después de ajustes: _____ anuales 2. ¿Cuántas personas contribuyen a los ingresos de este grupo familiar? _____ 3. ¿Cuántas personas conforman su grupo familiar? _____	
DOCUMENTACIÓN DE LOS INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR (OBLIGATORIO)	
Revise las siguientes opciones y proporcione copias de los documentos que mejor reflejen los ingresos indicados arriba.	
1. Formulario de impuestos federales (página 1 y 2, se puede tachar el SSN) del año más reciente <i>*Es preferible una declaración de impuestos, pero no es obligatoria.</i>	2. Información de Medicaid (beneficiarios de Medicaid) ☐ o ☐
3. Todo lo siguiente que pueda aplicar al ingreso de su grupo familiar: – Recibos del sueldo del último mes *Debe mostrar los ingresos brutos del año hasta la fecha. – Declaración de los beneficios del Seguro Social (SS1099, 4506T) – Estados de cuenta de la pensión/pensión anual/jubilación (1099R) – El último estado de cuenta bancario *Deber ser el estado de cuenta de un mes completo preimpreso con el nombre del titular de la cuenta. Solo se puede tachar el número de cuenta. – SNAP/ayuda gubernamental (debe enviar la carta de aprobación/renovación)	
INFORMACIÓN ADICIONAL (OPCIONAL)	
Describa a detalle las circunstancias financieras especiales o los gastos médicos relacionados que quiera que consideremos y que afectan su capacidad de pagar su dispositivo de compresión neumática. Tenga en cuenta: los gastos médicos deben indicarse en cantidades en dólares para poder ser considerados.	
FIRMA Y APROBACIÓN.	
Certifico que toda la información es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender. Entiendo que Tactile Medical se basa en esta información para determinar mi necesidad financiera. Doy esta información de forma estrictamente confidencial y ordeno que Tactile Medical use esta información para determinar mi capacidad para pagar el equipo y los servicios prestados por Tactile Medical. Entiendo que no se ha hecho ninguna promesa de reducción o exención y que solo el personal autorizado puede responder a esta solicitud.	
FIRMA	FECHA
TACTILE MEDICAL NO PODRÁ PROCESAR SU SOLICITUD HASTA QUE HAYA RECIBIDO TODA LA DOCUMENTACIÓN DE LOS INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR Y SE HAYA FIRMADO Y FECHADO ESTE DOCUMENTO.	

ENVÍO DE LA SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN:

Correo electrónico: PAC@tactilemedical.com (esta opción de correo electrónico no es un método encriptado ni seguro)

Fax: A la atención de: PAC Dept. 800.507.6681

Correo: A la atención de: PAC Dept. 3701 Wayzata Blvd, Suite 300, Minneapolis, MN 55416 USA

PARA PREGUNTAS:

Teléfono: 866.391.0395

Tactile Medical
3701 Wayzata Blvd, Suite 300
Minneapolis, MN 55416 USA

Atención al cliente
Escriba un mensaje de texto o llame al: 612.355.5100
Línea de teléfono gratuita: 833.3TACTILE (833.382.2845)
Fax: 612.355.5101 / Línea de fax gratuita: 866.435.3949

Correo electrónico: customerservice@tactilemedical.com
Horario: de 7 a. m. a 5:30 p. m., hora del centro, de lunes a viernes
tactilemedical.com

Tactile
MEDICAL®