

Texas Health Hospital

Solicitud de Asistencia Financiera

Fecha: _____ Nombre del/de la garante: _____
Date Guarantor Name

Nombre del/de la paciente: _____ Fecha de atención: _____
Patient Name Date of Service

Número de cuenta del hospital _____ Número de historia clínica _____
Hospital Account # Medical Record #

Estimado/Estimada paciente:

Adjuntamos la Solicitud de Asistencia Financiera de Texas Health Hospital. Esta solicitud nos permitirá presentar su cuenta para que se considere la posibilidad de brindarle asistencia financiera para pagar su(s) cuenta(s) del hospital. **Es un servicio solo para los gastos hospitalarios.**

Entendemos que usted desee preservar su privacidad, de modo que, a menos que se necesite con fines de verificación, la información que incluya en su solicitud será tratada con la debida confidencialidad. Será utilizada solamente por Texas Health Resources según sea necesario.

Por favor, complete todos los campos de la solicitud. Si necesita más espacio para alguna explicación, utilice el dorso de la solicitud

Necesitamos que presente la siguiente información:

- Recibos de sueldo actuales y de los últimos 2 meses correspondientes al grupo familiar
- Copia de la carta que indica el monto que reciben mensualmente por discapacidad, compensación por accidente de trabajo o desempleo
- Resúmenes bancarios de los últimos tres meses que indiquen sus ingresos mensuales
- Su declaración de impuestos sobre la renta más reciente y un estado actualizado de ganancias y pérdidas (si correspondiera)
- Carta de apoyo certificada (si no tuviera ningún ingreso y lo mantiene otra persona)

Complete la solicitud y preséntela junto con la documentación de soporte a:

Texas Hospital Financial Assistance Program
1401 E. Trinity Mills Rd Carrollton, TX 75006

Si no recibimos la información solicitada, es posible que no podamos procesar su solicitud

Es sumamente importante que complete esta solicitud en cuanto la reciba y que la envíe lo antes posible.

Si tiene algún problema para completar la solicitud o si algo le resulta poco claro, no dude en llamarnos. Agradecemos su cooperación



Solicitud de Asistencia Financiera - *Página 1*

Application for Financial Assistance - *Page 1*

Nombre del(a) Paciente / *Patient*: Apellido / *Last* _____ Nombre de pila / *First* _____

Inicial del segundo nombre / *MI* _____ Número de Seguro Social / *Social Security #*: _____

Fecha de Nacimiento / *DOB*: _____ Número de cuenta del hospital / *Hospital Account #*: _____

Casado(a) *Married*: _____ Soltero(a) *Single*: _____ Divorciado(a) *Divorced*: _____ Viudo(a) *Widowed*: _____ Separado(a) *Separated*: _____

¿Tiene hijos menores de 18 años? / *Do you have minor children (under 18)?* _____ Sí/Yes _____ No
 ¿Viven con usted? / *Do they live with you?* _____ Sí/Yes _____ No
 ¿Son hijos biológicos o adoptados legalmente? / *Are they your birth/legally adopted children?* _____ Sí/Yes _____ No
 ¿El/La paciente tiene empleo? / *Patient Employed?* _____ Sí/Yes _____ No
 ¿Su cónyuge tiene esposo? / *Spouse Employed?* _____ Sí/Yes _____ No
 ¿Tiene usted seguro médico? / *Do you have medical insurance?* _____ Sí/Yes _____ No
 ¿Recibe usted beneficios de discapacidad? ¿ Desde hace cuánto tiempo? / *Are you on disability? How long?* _____ Sí/Yes _____ No
 ¿Es usted un/una veterano/veterana de guerra? / *Are you a veteran?* _____ Sí/Yes _____ No

Familiares - (Que vivan en el hogar) *Family Members - (Living in the home)*

Conyuge/Spouse: _____ Edad/Age _____
 Hijo/Child: _____ Edad/Age _____
 Hijo/Child: _____ Edad/Age _____
 Hijo/Child: _____ Edad/Age _____
 Hijo/Child: _____ Edad/Age _____

Income - (Monthly Amount)

Sueldo Bruto / Gross Sueldo Neto / Net

Paciente / <i>Patient</i>	\$ _____	\$ _____
Cónyuge / <i>Spouse</i>	\$ _____	\$ _____
Dependientes / <i>Dependants</i>	\$ _____	\$ _____
Asistencia Pública <i>Public Assistance</i>	\$ _____	\$ _____
Estampillas de Alimentos <i>Food Stamps</i>	\$ _____	\$ _____
Número de Seguro Social / <i>Social Security</i>	\$ _____	\$ _____
Desempleo / <i>Unemployment</i>	\$ _____	\$ _____
Beneficios por huelga / <i>Strike Benefits</i>	\$ _____	\$ _____
Seguro de Accidentes y enfermedades laborales / <i>Worker's Compensation</i>	\$ _____	\$ _____
Pensión Alimenticia / <i>Alimony</i>	\$ _____	\$ _____
Manutención de Menores <i>Child Support</i>	\$ _____	\$ _____
Pensiones Militares / <i>Military Allotments</i>	\$ _____	\$ _____
Pensiones / <i>Pensions</i>	\$ _____	\$ _____
Ingresos provenientes de / <i>Income from: Plazo fijo,</i> Alquiler, dividendos Intereses / <i>CD's</i> <i>Rent, Dividends</i> <i>Interest</i>	\$ _____	\$ _____
TOTAL	\$ _____	\$ _____

Gastos / Expenses

Hipoteca/Alquiler
Alquiler/Rent \$ _____
 Servicios públicos /
Utilities \$ _____
 Pagos de automóvil /
Car Payments \$ _____
 Alimentación / *Food*
Groceries \$ _____
 Tarjetas de crédito /
Credit Cards \$ _____
 Otro (especifique) /
Other (please specify)
_____ \$ _____
TOTAL \$ _____

Assets

Cuenta corriente / *Checking Account*
\$ _____
 Cuenta de ahorros / *Savings Account*
\$ _____
 Cuenta individual de jubilación (IRA) o CD / *CD's, IRA's*
\$ _____
 Otras inversiones (acciones, bonos, etc.) /
Other Investments (Stocks, bonds, etc.)
\$ _____
 Propiedades, tierras que no sean la vivienda
principal / *Properties/Land other than primary*
residence than primary residence

Solicitud de Asistencia Financiera - *Página 2*

Application for Financial Assistance - *Page 2*

Nombre del empleador / *Name of Employer*

Empleador del cónyuge / *Spouse's Employer:*

Teléfono / *Telephone #*

Teléfono / *Telephone #*

Dirección del empleador / *Employer Address*

Dirección del empleador / *Employer Address*

Ocupación / *Occupation*

Ocupación / *Occupation*

¿En este momento está solicitando beneficios de Medicaid? / *Are you currently applying for Medicaid Benefits?*

___ Sí/Yes ___ No

¿Ha solicitado ayuda económica a través del programa hospitalario o de indigencia de su condado? / *Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?*

___ Sí/Yes ___ No

¿Su médico le presta sus servicios de forma gratuita? / *Is your physician donating his/her services?*

___ Sí/Yes ___ No

¿Hay algún tercero responsable de su accidente, lesión o enfermedad que podría hacerse cargo de los gastos? / *Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?*

___ Sí/Yes ___ No

¿Hay alguien que lo esté ayudando con el pago de sus cuentas del hospital? / *Is anyone assisting you with payment of your hospital bills? Is anyone assisting you with payment of your hospital bills?*

___ Sí/Yes ___ No

¿Quién lo está ayudando? / *Who is assisting you?* _____

¿Cuánta ayuda está recibiendo? / *How much assistance are you receiving?* _____

Indique cualquier otra información que considere útil para que podamos determinar si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar su factura por servicios médicos. / *List any other information you feel would be helpful to us indetermining your eligibility for assistance in paying your hospital bill.*

Ingresos o fondos que espera recibir durante el tiempo que no trabaje debido a su enfermedad (licencia por enfermedad, licencia pagada, ingresos por discapacidad a corto/largo plazo). / *Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness (Sick leave, paid time off, short/long term disability income).* \$ _____

Periodo de tiempo previsto durante el cual usted no pueda trabajar o generar ingresos / *Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:* _____

Entiendo que Texas Health Hospital puede verificar la información financiera contenida en la presente solicitud para efectos de la consideración por parte del hospital, y por este medio autorizo al hospital a comunicarse con mi empleador para comprobar la información proporcionada y solicitar informes a las agencias de informes de crédito. Entiendo que esta información será utilizada para determinar si cumplo con los requisitos para recibir asistencia financiera, y que la falsificación de información en la presente solicitud puede dar lugar a la negación de dicha Asistencia. También entiendo que cualquier tipo de aprobación de Asistencia Financiera puede rechazarse total o parcialmente en el caso de recuperación de parte de un tercero o de otra fuente.

Solicitud de Asistencia Financiera - *Página 3*

Application for Financial Assistance - *Page 3*

Entiendo, asimismo, que cualquier tipo de Asistencia Financiera que reciba no podrá ser interpretada como una renuncia por parte del hospital a su derecho de retención en concepto de reembolso del dinero adeudado y que cualquier reembolso que reciba vinculado a esta hospitalización deberá ser enviado a Texas Health Hospital.

Firma de la persona que presenta la solicitud, si es el/la paciente
Signature of Person Making Request, If Patient

Fecha
Date

Firma de la persona que presenta la solicitud, si NO es el/la paciente
Signature of Person Making Request, If Not Patient

Relación
Relationship

Dirección del/de la paciente Ciudad Estado Código postal Condado
Patient's Address City State ZIP County

Teléfono Particular
Home Telephone Number

