



612 E. Lamar Blvd, 10th Floor, Arlington, Texas 76011 | 682.236.3000 o 800.890.6034 |
Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

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

Nombre del/de la paciente / *Patient Name*: _____ Fecha(s) del servicio / *Date(s) of Service*:

N.º de cuenta / *Account #* _____ N.º de historia clínica / *Medical Record #* _____

Estimados pacientes y/o garantes:

Adjuntamos la Solicitud de asistencia financiera de Texas Health Resources. Esta solicitud nos permitirá presentar su cuenta para que se considere la posibilidad de brindarle asistencia financiera para pagar su factura o facturas hospitalarias, médicas o de atención de urgencia. Esto corresponde únicamente a sus saldos pendientes de un hospital de Texas Health, Texas Health Breeze Urgent Care (atención de urgencia) o Texas Health Physician Group.

Entendemos que usted desee conservar su privacidad. Por esta razón, la información que incluya en su solicitud será tratada con la debida confidencialidad, salvo para fines de verificación. Será utilizada solamente por Texas Health Resources según sea necesario.

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

Deberá presentar una prueba de ingresos para que su solicitud sea procesada. Revise la lista de documentos aceptables más abajo. El no presentar la documentación solicitada puede dar lugar a que no sea considerado/a para recibir asistencia financiera.

Es 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 llamar a nuestro equipo. Se requiere su cooperación para completar su solicitud.

LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA PRUEBA DE INGRESOS DEPENDERÁN DE SUS CIRCUNSTANCIAS FINANCIERAS.

CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS (O TODOS ELLOS) PODRÍAN REQUERIRSE PARA DETERMINAR EL RESULTADO DE SU CASO DE ASISTENCIA FINANCIERA.

1. Talones de pago de todos los empleos – 3 talones de pago actuales para cada empleo que tenga.
2. Estados de cuenta del Seguro Social o la pensión.
3. Los trabajadores independientes deberán presentar una declaración personal de impuesto a la renta del año calendario más reciente y 3 meses de estados de cuentas bancarias personales detallados.
 - a. Declaración de impuestos = formulario 1040 personal más la categoría 1 y cualesquiera otras categorías a las que se haga referencia en la categoría 1.
4. Declaraciones W-2 o 1099 para todos los empleos durante el periodo de tiempo pertinente.
5. Beneficios por desempleo – formularios de aprobación/denegación de la compensación por desempleo.
6. Prueba de ingresos de manutención de menores – se prefiere un resumen emitido por el Procurador General.
7. Prueba de recursos disponibles – estados detallados de cuentas bancarias personales.
8. Formularios de aprobación/denegación de la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado.
9. Declaraciones escritas de sus empleadores o agencias de bienestar.
10. Carta de apoyo firmada por la parte que proporcione alimentos y vivienda.
11. Prueba de ingresos de Compensación del trabajador.
12. Declaración de ingresos por discapacidad a corto o largo plazo.
13. Formularios de aprobación/denegación de la elegibilidad para beneficios de SNAP.



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 o 800.890.6034 |
 Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA – Página 1

Nombre del/de la paciente / <i>Patient Name:</i>	Apellido / <i>Last</i>	Primer nombre / <i>First</i>	Inicial del segundo nombre / <i>MI</i>
N.º de Seguro Social / <i>Social Security #</i>		Fecha de nacimiento / <i>DOB:</i>	N.º de cuenta / <i>Account #:</i>
Casado/a / <i>Married</i>	Soltero/a / <i>Single</i>	Divorciado/a / <i>Divorced</i>	Viudo/a / <i>Widowed</i>
			Separado/a / <i>Separated</i>

¿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 sus 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 empleo? / *Spouse Employed?* Sí / Yes No
 ¿Tiene usted seguro médico? / *Do you have medical insurance?* Sí / Yes No
 ¿Es miembro de un plan de costos compartidos o healthshare? / *Are you a member of a healthshare/cost sharing plan?* Sí / Yes No
 ¿Recibe beneficios por discapacidad? ¿Desde hace cuánto tiempo? / *Are you on disability? How long?* Sí / Yes No
 ¿Es usted veterano/a de guerra? / *Are you a veteran?* Sí / Yes No

FAMILIARES – (que vivan en el hogar)

Cónyuge / *Spouse:* _____
 Hijo/a / *Child:* Edad / *Age:* _____
 Hijo/a / *Child:* Edad / *Age:* _____
 Hijo/a / *Child:* Edad / *Age:* _____
 Hijo/a / *Child:* Edad / *Age:* _____

INGRESOS (monto mensual):

	<u>Bruto / Gross</u>	<u>Neto / Net</u>	<u>Gastos / Expenses</u>	<u>Monto mensual / Monthly Amount</u>
Paciente / <i>Patient</i>	\$	\$	Hipototeca/Alquiler / <i>Mortgage/Rent</i>	\$
Cónyuge / <i>Spouse</i>	\$	\$	Servicios públicos / <i>Utilities</i>	\$
Dependientes / <i>Dependents</i>	\$	\$	Pagos de automóvil / <i>Car Payments</i>	\$
Asistencia pública / <i>Public Assistance</i>	\$	\$	Comida / abarrotes / <i>Food / Groceries</i>	\$
Cupones para alimentos / <i>Food Stamps</i>	\$	\$	Tarjetas de crédito / <i>Credit Cards</i>	\$
Seguro Social / <i>Social Security</i>	\$	\$	Otros / <i>Other</i> (especifique / <i>please specify</i>)	
Desempleo / <i>Unemployment</i>	\$	\$		\$
Beneficios por huelga / <i>Strike Benefits</i>	\$	\$		
Seguro de Compensación del trabajador / <i>Worker's Compensation</i>	\$	\$	TOTAL	\$
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: Certificados de depósito (CDs), alquiler, dividendos, intereses / <i>Income from: CD's, Rent, Dividends, Interest</i>	\$	\$		
TOTAL	\$	\$		

ACTIVOS

Cuenta corriente / *Checking Account* \$ _____
 Cuenta de ahorros / *Savings Account* \$ _____
 CDs o Cuentas individuales de jubilación (IRAs) / *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 \$ _____



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 o 800.890.6034 | Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA – Página 2

Nombre del empleador / Name of Employer _____ Empleador del cónyuge / Spouse's Employer: _____
N.º de teléfono / Telephone # _____ N.º de teléfono / Telephone # _____
Dirección del empleador / Employer Address _____ Dirección del empleador / Employer Address _____
Ocupación / Occupation _____ Ocupación / Occupation _____

¿Está solicitando beneficios de Medicaid actualmente? / Are you currently applying for Medicaid Benefits? _____ Sí / Yes _____ No
¿Ha solicitado asistencia 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 que pueda responsabilizarse por su accidente, lesión o enfermedad? / Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness? Sí / Yes _____ No
¿Alguien le brinda asistencia para el pago de sus facturas médicas de Texas Health? / Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills? Sí / Yes _____ No
¿Quién le está brindando asistencia? / Who is assisting you? _____
¿Cuánta asistencia está recibiendo? / How much assistance are you receiving? _____

Indique cualquier otra información que considere útil para que podamos determinar su elegibilidad para recibir asistencia para pagar sus facturas médicas de Texas Health. / List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills.

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

Periodo de tiempo previsto durante el cual no podrá trabajar ni generar ingresos: / Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:

Entiendo que Texas Health Resources puede verificar la información financiera contenida en la presente solicitud para efectos de la evaluación de la misma, y por este medio autorizo a Texas Health 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 mi elegibilidad para recibir asistencia financiera, y que la falsificación de información en la presente solicitud podría resultar en la negación de dicha asistencia. Entiendo también que cualquier tipo de aprobación de Asistencia financiera podría revertirse total o parcialmente en caso de una recuperación por parte de un tercero u otra fuente.

[Responsabilidad de terceros solamente] Entiendo, además, que cualquier tipo de cuidados que reciba a través de la Asistencia financiera no podrán interpretarse como una renuncia por parte del hospital a su derecho de retención para el reembolso del dinero adeudado, y que cualquier reembolso que reciba vinculado a esta hospitalización deberá ser enviado a Texas Health Resources.

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 del domicilio / Home Telephone Number