



500 E Border Street #122
 Arlington Texas 76010
 682-236-1600 / 800-715-7210
 customerservice@texashealthpartners.com

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

Nombre del paciente / Patient Name: _____

Fecha de atención / Date of Service: _____

Núm. de cuenta del hospital / Hospital Account # _____

Núm. de historia clínica / Medical Record # _____

Texas Health Center for
Diagnostics & Surgery Plano

Texas Health
Presbyterian Hospital Rockwall

Texas Health
Harris Methodist Hospital
Southlake

Texas Institute for Surgery at
Presbyterian Hospital of Dallas

Texas Health
Presbyterian Hospital
Flower Mound

Estimado paciente / Dear Patient:

Adjuntamos la solicitud de ayuda económica de Texas Health Resources. Esta solicitud nos permitirá presentar su cuenta para que se considere la posibilidad de brindarle ayuda económica para pagar sus cuentas del hospital. Es un servicio solo para los gastos hospitalarios. / *Attached you will find the Texas Health Resources Financial Assistance Application. Completion of this application will enable us to present your account for consideration of financial assistance for your hospital bill(s). This is for your hospital charges only.*

Es entendible que usted desee preservar su privacidad, de modo que, a menos que se necesite a los efectos 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. / *We understand your desire for privacy. Accordingly, except for verification purposes, the information included in your application will be treated as confidential information. It will only be shared within Texas Health Resources on a need to know basis.*

Por favor, rellene todos los campos de la solicitud. Si necesita más espacio para alguna explicación, utilice el dorso de la solicitud. / *Please complete each item on the application. If you need additional space for any explanations, please utilize the back of the application.*

Adjunte una copia de los comprobantes de pago de salario del mes en curso y de los dos meses anteriores o una copia de cualquier otro tipo de ingresos del núcleo familiar. Si usted no recibe comprobantes de pago de salario, presente una copia de sus estados de cuenta bancarios que muestren sus depósitos mensuales. Si es un empleado independiente, presente una copia de la declaración de impuestos más reciente y un estado actualizado de ganancias y pérdidas. El no presentar la documentación solicitada puede dar lugar a que no sea considerado para recibir ayuda financiera. /

Please provide copies of your current month and two prior months pay stubs and/or proof of any other form of income for the household. If you do not receive check stubs, please provide copies of your bank statements showing your monthly deposits. If self-employed, please provide a copy of your most recently filed personal income tax return and a current profit and loss statement. Failure



500 E Border Street #122
Arlington Texas 76010
682-236-1600 / 800-715-7210
customerservice@texashealthpartners.com

to provide the requested documentation can result in a denial for financial assistance consideration.

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

It is extremely important that you complete this application upon receipt and return it as soon as possible.

Si tiene algún problema para completar la solicitud o si algo le resulta poco claro, sírvase llamarnos. Agradecemos su cooperación. /

If you have difficulty completing this application or there is an area that is unclear, please call. Your cooperation is appreciated.



500 E Border Street #122
 Arlington Texas 76010
 682-236-1600 / 800-715-7210
 customerservice@texashealthpartners.com

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA – Página 1 / APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 1

Nombre del paciente / Apellido / Last _____ Nombre de pila / First _____ Inicial del segundo nombre / MI _____
 Patient Name:

Número de Seguro Social / _____ Fecha de nacimiento / _____ Núm. cuenta del hospital / _____
 Social Security # DOB: Hospital Account #:

Casado/a / _____ Soltero/a / _____ Divorciado/a / _____ Viudo/a / _____ Separado/a / _____
 Married Single Divorced Widowed 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 legalmente adoptados? / Are they your birth/legally adopted children? _____ Sí / Yes _____ No
- ¿El paciente tiene empleo? / Patient Employed? _____ Sí / Yes _____ No
- ¿Su cónyuge tiene empleo? / Spouse Employed? _____ Sí / Yes _____ No
- ¿Usted tiene seguro médico? / Do you have medical insurance? _____ Sí / Yes _____ No
- ¿Recibe beneficios de incapacidad? ¿Por cuánto tiempo? / Are you on disability? How long? _____ Sí / Yes _____ No
- ¿Es un excombatiente? / Are you a veteran? _____ Sí / Yes _____ No

FAMILIARES – (que vivan en el hogar) / FAMILY MEMBERS – (Living in the home)

Cónyuge / Spouse: _____

- Hijo / Child: _____ Edad / Age: _____
- Hijo / Child: _____ Edad / Age: _____
- Hijo / Child: _____ Edad / Age: _____
- Hijo / Child: _____ Edad / Age: _____

INGRESOS (monto mensual) / INCOME (Monthly Amount):

	<u>Sueldo bruto / Gross</u>		<u>Sueldo neto / Net</u>		<u>Gastos / Expenses</u>	<u>Monto mensual / Monthly Amount</u>	
Paciente / Patient	\$	_____	\$	_____	Hipoteca/Alquiler / Mortgage/Rent	\$	_____
Cónyuge / Spouse	\$	_____	\$	_____	Servicios públicos / Utilities	\$	_____
Dependientes / Dependents	\$	_____	\$	_____	Pagos de automóvil / Car Payments	\$	_____
Asistencia pública / Public Assistance	\$	_____	\$	_____	Alimentación / Food / Groceries	\$	_____
Estampillas de alimentos / Food Stamps	\$	_____	\$	_____	Tarjetas de crédito / Credit Cards	\$	_____
Número de Seguro Social / Social Security	\$	_____	\$	_____	Otro (especifique) / Other (please specify)		_____
Desempleo / Unemployment	\$	_____	\$	_____		\$	_____
Beneficios por huelga / Strike Benefits	\$	_____	\$	_____			_____
Seguro por accidentes laborales / Worker's Compensation	\$	_____	\$	_____	TOTAL / TOTAL	\$	_____



500 E Border Street #122
 Arlington Texas 76010
 682-236-1600 / 800-715-7210
 customerservice@texashealthpartners.com

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:</i> CDs / <i>CD's</i> Alquiler, dividendos / <i>Rent, Dividends</i> Intereses / <i>Interest</i>	\$ _____	\$ _____			
TOTAL / TOTAL	\$ _____	\$ _____			

ACTIVOS / 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* \$ _____



500 E Border Street #122
 Arlington Texas 76010
 682-236-1600 / 800-715-7210
 customerservice@texashealthpartners.com

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA – Página 2 / APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 2

Nombre del empleador / <i>Name of Employer</i>	_____	Empleador del cónyuge / <i>Spouse's Employer:</i>	_____
Teléfono / <i>Telephone #</i>	_____	Teléfono / <i>Telephone #</i>	_____
Dirección del empleador / <i>Employer Address</i>	_____	Dirección del empleador / <i>Employer Address</i>	_____
Ocupación / <i>Occupation</i>	_____	Ocupación / <i>Occupation</i>	_____

¿En el momento está solicitando beneficios de Medicaid? / <i>Are you currently applying for Medicaid Benefits?</i>	_____	Sí / Yes	_____	No
¿Ha solicitado ayuda económica a través del programa hospitalario o de indigencia de su condado? / <i>Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?</i>	_____	Sí / Yes	_____	No
¿Su médico le está prestando sus servicios de forma gratuita? / <i>Is your physician donating his/her services?</i>	_____	Sí / Yes	_____	No
¿Hay algún tercero que pueda responsabilizarse por su accidente, lesión o enfermedad? / <i>Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?</i>	_____	Sí / Yes	_____	No
¿Hay alguien que lo esté ayudando con el pago de sus cuentas del hospital? / <i>Is anyone assisting you with payment of your hospital bills?</i>	_____	Sí / Yes	_____	No
¿Quién lo está ayudando? / <i>Who is assisting you?</i>	_____			
¿Cuánta ayuda está recibiendo? / <i>How much assistance are you receiving?</i>	_____			

Indique cualquier otra información que considere útil para que podamos determinar si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar sus cuentas hospitalarias. / *List any other information you feel would be helpful to us in determining 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 incapacidad 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 Resources 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 para 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 ayuda económica, y que la falsificación de información en la presente solicitud puede dar lugar a la negación de dicha ayuda. También entiendo que cualquier tipo de aprobación de ayuda económica puede rechazarse total o parcialmente en el caso de recuperación de parte de un tercero o de otra fuente. / *I understand that Texas Health Resources may verify the financial information contained in this application in connection with the hospital's evaluation of this application, and hereby authorize the hospital to contact my employer to certify the information provided and to request reports from credit reporting agencies. I am aware that this information will be used to determine my eligibility for financial assistance and that the falsification of information in this application may result in denial of Financial Assistance care assistance. I also understand that any Financial Assistance approval may be completely or partially reversed in the event of a recovery from a third-party or other source.*



500 E Border Street #122
Arlington Texas 76010
682-236-1600 / 800-715-7210
customerservice@texashealthpartners.com

Entiendo, asimismo, que cualquier tipo de ayuda económica que reciba no podrá ser interpretada como una renuncia por parte del hospital o similar al reembolso del dinero adeudado y que cualquier reembolso que reciba vinculado a esta hospitalización debe ser enviado a Texas Health Resources. / *I further understand that any Financial Assistance care I receive shall not be construed as a waiver by hospital of its hospital lien for reimbursement of any amount I owe and that any reimbursement I receive relating to this hospitalization must be sent to Texas Health Resources.*

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

Fecha / *Date*

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

Relación / *Relationship*

Dirección del paciente / *Patient's Address*

Ciudad / *City*

Estado / *State*

Código postal / *ZIP* Condado / *County*

Teléfono del hogar / *Home Telephone Number*