



USMD Hospital en Arlington (817) 472-3400
801 W Interstate 20
Arlington TX 76017

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

Nombre del paciente / *Patient Name*: _____ Fecha del servicio / *Date of Service*: _____

Núm. cuenta del hospital / *Hospital Account #* _____ Núm. historia clínica / *Medical Record #* _____

Estimado paciente:

Adjuntamos la solicitud de asistencia económica de USMD. Esta solicitud nos permitirá presentar su cuenta para que se considere la posibilidad de brindarle asistencia económica para pagar sus cuentas del hospital. Es un servicio solo para los gastos hospitalarios.

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 USMD 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.

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 trabaja en forma 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 asistencia financiera.

Es sumamente importante que complete esta solicitud en cuanto la reciba y 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.



USMD Hospital en Arlington (817) 472-3400
 801 W Interstate 20
 Arlington TX 76017

SOLICITUD DE ASISTENCIA 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 / Social Security # Fecha de nacimiento / DOB: Núm. 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 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? / Are you on disability? ¿Por cuánto tiempo? / 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	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Hipoteca/Alquiler / Mortgage/Rent	\$ <input type="text"/>
Cónyuge / Spouse	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Servicios públicos / Utilities	\$ <input type="text"/>
Dependientes / Dependants	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Pagos de automóvil / Car Payments	\$ <input type="text"/>



USMD Hospital en Arlington (817) 472-3400
 801 W Interstate 20
 Arlington TX 76017

Asistencia pública / <i>Public Assistance</i>	\$ _____	\$ _____	Alimentación / <i>Food / Groceries</i>	\$ _____
Estampillas de alimentos / <i>Food Stamps</i>	\$ _____	\$ _____	Tarjetas de crédito / <i>Credit Cards</i>	\$ _____
Número de Seguro Social / <i>Social Security</i>	\$ _____	\$ _____	Otro (especifique) / <i>Other (please specify)</i>	_____
Desempleo / <i>Unemployment</i>	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Beneficios por huelga / <i>Strike Benefits</i>	\$ _____	\$ _____		_____
Seguro de accidentes y enfermedades laborales / <i>Worker's Compensation</i>	\$ _____	\$ _____	TOTAL / 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 / <i>Income from:</i>				
<i>CD's</i>				
Alquiler, dividendos / <i>Rent, Dividends</i>				
Intereses / <i>Interest</i>	\$ _____	\$ _____		
TOTAL / TOTAL	\$ _____	\$ _____		

ACTIVOS / ASSETS

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



USMD Hospital en Arlington (817) 472-3400
 801 W Interstate 20
 Arlington TX 76017

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>	_____
Nro. de teléfono / <i>Telephone #</i>	_____	Nro. de 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 su factura por servicios hospitalarios. / *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 / *Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness* (licencia por enfermedad, licencia pagada, ingresos por incapacidad a corto/ largo plazo). / *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 USMD 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 asistencia económica, 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 económica puede rechazarse total o parcialmente en el caso de recuperación de parte de un tercero o de otra fuente. / *I understand that USMD 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. 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.*



USMD Hospital en Arlington (817) 472-3400
801 W Interstate 20
Arlington TX 76017

Entiendo, asimismo, que cualquier tipo de asistencia 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 USMD. / *I further understand that any financial assistance 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 USMD.*

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*