



Nombre del/de la garante / *Guarantor Name*:

Fecha de nacimiento / *Date of Birth*:

Dirección / *Address*:

Número de cuenta / *Account Number*:

Núm. de teléfono / *Telephone*:

Estimado garante:

Adjuntamos a la presente la solicitud para el Programa de Asistencia Financiera de Texas Health Physicians Group. Esta solicitud nos permitirá presentar su caso para que se evalúe la posibilidad de brindarle asistencia financiera para el pago de su(s) factura(s) médica(s). Esto es en relación con sus gastos por servicios médicos profesionales de Texas Health Physicians Group y no por gastos hospitalarios, de medicamentos o cualquier otro servicio complementario.

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 Physicians Group, 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 talones de pago del mes en curso y de los dos meses anteriores o una copia de cualquier otro tipo de ingreso del núcleo familiar. Si usted no recibe talones de pago, 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 extremadamente importante que complete esta solicitud en cuanto la reciba. Por favor, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health Physicians Group
PO Box 733509
Dallas, TX 75373-3509

Esta solicitud puede obtenerse en el sitio web de la clínica, en la misma clínica o en la Defensoría del Paciente. Si tiene algún problema para completar la solicitud o si algo le resulta poco claro, no dude en llamar al 1-855-602-5273. Agradecemos su cooperación.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del/de la garante (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) / *Guarantor Name (Last, First, MI):* _____

Número de seguro social / *Social Security Number:* _____ Fecha de nacimiento / *Date of Birth:* _____
 Casado/a / Soltero/a / Divorciado/a / Viudo/a / Separado/a /
Married: _____ Single: _____ Divorced: _____ Widowed: _____ Separated: _____

	Sí / Yes	No
¿Tiene hijos menores de 18 años? / <i>Do you have minor children (under 18)?</i>		
¿Viven con usted? / <i>Do they live with you?</i>		
¿Son hijos biológicos o adoptados legalmente? / <i>Are they your birth / legally adopted children?</i>		
¿El/La garante tiene empleo? / <i>Guarantor employed?</i>		
¿Su cónyuge tiene empleo? / <i>Spouse employed?</i>		
¿Cuenta con seguro médico? / <i>Do you have medical insurance?</i>		
¿Recibe beneficios por discapacidad? ¿Por cuánto tiempo? / <i>Are you on disability? How long?</i>		
¿Es usted un/a veterano/a de guerra? / <i>Are you a veteran?</i>		

FAMILIARES (que vivan en el hogar)

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

Ingresos (monto mensual) / <i>Income (monthly amount)</i>	Ingreso bruto / <i>Gross</i>	Ingreso neto / <i>Net</i>	Gastos (mensuales) / <i>Expenses (monthly)</i>	Monto / <i>Amt.</i>
Garante / <i>Guarantor</i>			Hipoteca o 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>			Factura(s) por servicios médicos / <i>Medical Bill(s)</i>	
Desempleo / <i>Unemployment</i>			Seguro de automóvil / <i>Car Insurance</i>	
Beneficios por huelga / <i>Strike Benefits</i>			Cuidado de niños / <i>Child Care</i>	
Seguro de Compensación del Trabajador / <i>Worker's Compensation</i>			Medicamentos / <i>Medications</i>	
Pensión alimenticia / <i>Alimony</i>			Otro (especifique) / <i>Other (please specify)</i>	
Manutención de menores / <i>Child Support</i>				
Pensiones militares / <i>Military Allotments</i>				
Pensiones / <i>Pensions</i>				
Ingresos provenientes de certificados de depósito, alquileres, dividendos, intereses / <i>Income from CDs, Rent, Dividends, Interest</i>				
Total				

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: _____

	Sí / Yes	No
¿Está solicitando beneficios de Medicaid actualmente? / <i>Are you currently applying for Medicaid Benefits?</i>		
¿Ha solicitado asistencia a través del programa hospitalario o de indigencia de su condado? / <i>Have you applied for assistance through your county hospital / indigent program?</i>		
¿Hay algún tercero potencialmente responsable de su accidente, lesión o enfermedad? / <i>Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident / injury / illness?</i>		
¿Alguien le brinda asistencia para el pago de sus facturas por servicios médicos? / <i>Is anyone assisting you with payment of your medical bills?</i>		
¿Quién le está brindando asistencia? / <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 su elegibilidad para recibir ayuda para pagar su factura por servicios médicos. / *List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your medical 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 no podrá trabajar ni generar ingresos / *Expected length of time you will be unable to work and / or earn wages:* _____

Entiendo que Texas Health Physicians Group podrá verificar la información financiera contenida en la presente solicitud y por este medio autorizo a Texas Health Physicians Group a comunicarse con mi empleador para comprobar la información proporcionada y solicitar informes a las agencias de informes crediticios. 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 denegación de dicha asistencia. También entiendo que cualquier tipo de aprobación de asistencia financiera podría rechazarse total o parcialmente en el caso de recuperación por parte de un tercero u otra fuente.

Entiendo asimismo que toda asistencia financiera que reciba no se interpretará como una renuncia, por parte de Texas Health Physicians Group, al derecho de reembolso de Texas Health Physicians Group de la cantidad adeudada por mí y que deberé enviar a Texas Health Physicians Group todo reembolso que reciba en relación con los servicios médicos profesionales de Texas Health Physicians Group.

Firma de la persona que presenta la solicitud, si es el/la garante /
Signature of Person Making Request, if Guarantor

Fecha / *Date*

Firma de la persona que presenta la solicitud, si no es el/la garante /
Signature of Person Making Request, if Not Guarantor

Relación / *Relationship*

Dirección del/de la garante / Ciudad / Estado / Código País /
Guarantor's Address City State postal / Zip County

Número de teléfono principal /
Primary Telephone Number

Anexo D: Planilla de asistencia financiera de THPG

CUALQUIERA DE LOS DOCUMENTOS A CONTINUACIÓN PODRÍA REQUERIRSE PARA LA DETERMINACIÓN FINAL DE CUALQUIER MONTO O AJUSTE DE PAGO:

1. Declaraciones de retención W-2 para todos los empleos durante el periodo de tiempo pertinente;
2. Talones de pago de todos los empleos correspondientes al mes actual y a los dos meses anteriores;
3. La declaración de impuesto a la renta del año calendario más reciente; (solamente las primeras 2 páginas)
4. Los formularios de aprobación/denegación de la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado;
5. Los formularios de aprobación/denegación de la compensación por desempleo;
6. La licencia de conducir o tarjeta de identificación (para identificar al/a la garante); o
7. Declaraciones escritas de sus empleadores o agencias de bienestar.

Los ingresos serán anualizados desde la fecha de la solicitud sobre la base de la documentación e información verbal proporcionadas por el/la garante. El proceso de anualización también tomará en cuenta el empleo de temporada, así como incrementos y/o disminuciones temporales en los ingresos.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS: PAUTAS DE POBREZA DE 2022

PAUTAS DE POBREZA DE 2022 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y PARA EL DISTRITO DE COLUMBIA	
NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA/DEL HOGAR	PAUTAS DE POBREZA
Para familias u hogares con más de 8 integrantes, agregue \$4,720 por cada persona adicional.	
1	\$13,590
2	\$18,310
3	\$23,030
4	\$27,750
5	\$32,470
6	\$37,190
7	\$41,910
8	\$46,630