



Formulario de atención de caridad / asistencia financiera - *Confidencial*

Información Del Solicitante

Paciente

Nombre completo: _____ Número de cuenta: _____
Apellido Nombre MI

Dirección: _____
Calle Apartamento / Unidad No.

Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Hombre / Mujer / Otro Fecha de Nacimiento: _____ SS No. _____

Garante

Nombre completo: _____
Apellido Nombre MI

Dirección: _____
Calle Apartamento / Unidad No.

Ciudad Estado Código postal

Phone: _____ Email: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS No. _____

El paciente esta actualmente sin hogar? Si NO

El Paciente ha solicitado Medicaid? Si NO En Caso afirmado, Cuando? _____

Necesita un interprete? Si NO En Caso afirmativo enumere el idioma preferido _____



Formulario de atención de caridad / asistencia financiera - *Confidencial*

Información Familiar

Nombre				
Fecha de nacimiento				
Relación con el paciente				
Si tiene 18 años o más; Nombre del empleador o fuente de ingresos				
Si tiene 18 años o más; Ingresos brutos totales (antes de impuestos)				
¿También solicita asistencia financiera?				

Todos los ingresos de los miembros adultos de la familia deben ser revelados, agregue páginas adicionales si es necesario.

Las fuentes de ingresos incluyen, pero no se limitan a:

Salarios, Desempleo, Trabajo por cuenta propia, Compensación al trabajador, Discapacidad, SSI, Manutención de los hijos, Programa de estudios de trabajo (estudiantes), Distribuciones de cuentas de jubilación, Otros (por favor explique)

Información de ingresos

Debe proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Se requiere la verificación de ingresos para determinar la asistencia financiera. Todos los miembros de la familia mayores de 18 años deben revelar sus ingresos. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración firmada por escrito que describa sus ingresos. Por favor, proporcione pruebas de cada fuente de ingresos identificada.



Formulario de atención de caridad / asistencia financiera - *Confidencial*

Ejemplos de prueba de ingresos incluyen:

- Una declaración de retención "W-2"; o
- Recibos de pago actuales (3 meses); o
- La declaración de impuestos del año pasado, incluidos los anexos si corresponde; o
- Declaraciones escritas y firmadas de empleadores u otros; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad para la compensación por desempleo.

Si no tiene prueba de ingresos o ningún ingreso, adjunte una página adicional con una explicación.

Información de activos

Esta información puede ser utilizada si sus ingresos están por encima del 200% de las Pautas Federales de Pobreza

Saldo actual de la cuenta de cheques

Saldo actual de la cuenta de ahorros

\$ _____

\$ _____

Por favor, marque todo lo que corresponda.

Su familia tiene estos otros activos? Acciones Bonos 401K Ahorros para la salud
Fideicomiso Propiedad Dueño de un negocio

Información Adicional

Adjunte una página adicional si hay otra información sobre su situación financiera actual que le gustaría que consideremos, como dificultades financieras, gastos médicos excesivos, ingresos estacionales o temporales o pérdida personal.

Acuerdo del paciente

Entiendo que el ESD 11 del Condado de Harris puede verificar la información revisando la información de crédito y obteniendo información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera o planes de pago.

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que la información financiera que doy es falsa, el resultado puede ser la denegación de asistencia financiera, y puedo ser responsable y esperar que pague por los servicios prestados.

Firma: _____

Fecha: _____