

FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA / SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para obtener asistencia para completar este formulario o si tiene alguna pregunta, llame al 281.312.4012 o al 281.312.4000 - Presione 5

Nombre del paciente:	Número de teléfono:
Dirección del paciente:	Ciudad, estado, código postal:
Número(s) de cuenta:	Fecha(s) de servicio:

INSTRUCCIONES: Deben responderse todas las preguntas. Si una pregunta no corresponde, escriba N/A en la línea.

Adjunte una fotocopia de una prueba de identidad con una fotografía (ejemplo: licencia de conducir emitida por el estado o pasaporte con fotografía, etc.) *

Adjunte una fotocopia de la declaración de impuestos más reciente o

Adjunte una fotocopia de una de las siguientes pruebas de ingreso:

<input type="checkbox"/> 2 últimos recibos de sueldo	<input type="checkbox"/> Carta de asignación o cheque del Seguro Social
<input type="checkbox"/> Vale de confirmación de subsidio por desempleo	<input type="checkbox"/> Carta del empleador con el nombre del empleado, la ocupación, el salario por hora y el número de horas trabajadas

* Si la identificación con foto no está disponible, se pueden usar otros documentos que muestren la identidad. Comuníquese al número de teléfono anterior para recibir asistencia.

***** La solicitud no se considera completa sin la documentación de respaldo. *****

ESTADO:	<input type="checkbox"/> Residente permanente de Texas	<input type="checkbox"/> Residente legal	<input type="checkbox"/> Visa de inmigrante	<input type="checkbox"/> Visa de no inmigrante
ESTADO CIVIL (marque uno):	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	
	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Otro _____		

NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS Y OTROS DEPENDIENTES DENTRO DEL NÚCLEO FAMILIAR (si es necesario, continuar en otra página)					
Nombre completo	Fecha de nacimiento	Relación de los dependientes (marque una)			
		Hijo/a	Hijastro/a	Tutor/a	Adulto/Mayor

RESUMEN DEL EMPLEO	
Paciente	Cónyuge
Empleador	Empleador
Ocupación	Ocupación
Estado de empleo (marque una) <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Incapacitado para regresar al trabajo	Estado de empleo (marque una) <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Incapacitado para regresar al trabajo

INGRESOS MENSUALES DEL NÚCLEO FAMILIAR		GASTOS MENSUALES DEL NÚCLEO FAMILIAR (No aplica para FAA)	
Paciente	\$ _____ por mes	Vivienda: _____ Propia/Préstamo	_____ Renta
Cónyuge	\$ _____ por mes	Pago de vivienda	\$ _____ por mes
Manutención conyugal	\$ _____ por mes	Servicios (electricidad, agua)	\$ _____ por mes
Desempleo	\$ _____ por mes	Automóvil N.º 1	\$ _____ por mes
Pensión alimenticia del menor	\$ _____ por mes	Automóvil N.º 2	\$ _____ por mes
Subsidio para supervivientes	\$ _____ por mes	Gasolina	\$ _____ por mes
Indemnización por accidente laboral	\$ _____ por mes	Seguros	\$ _____ por mes
Fondo fiduciario	\$ _____ por mes	TV/Cable/Teléfono	\$ _____ por mes
Otro	\$ _____ por mes	Alimentos	\$ _____ por mes
INGRESOS TOTALES	\$ _____ por mes	GASTOS TOTALES	\$ _____ por mes

Cuentas Bancarias / OTROS ACTIVOS (debe responder a las 3 preguntas):				(No aplica para FAA)	
¿Cuenta corriente? (Encerrar una opción)	Sí	No	Saldo actual	\$ _____	
¿Cuenta de ahorros? (Encerrar una opción)	Sí	No	Saldo actual	\$ _____	
¿Propiedades adicionales? (Encerrar una opción)	Sí	No	Valor actual	\$ _____	
En caso afirmativo, describa: _____					

FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA / SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente:

- * Declaro, bajo pena de perjurio, que las respuestas que he dado son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.
- * La información que proporcioné refleja los ingresos y los gastos del NÚCLEO FAMILIAR.
- * Esta información, así como un informe de crédito y otra información disponible públicamente pueden ser utilizados por Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood para establecer un plan de pago y/o iniciar una solicitud de asistencia financiera y/o para determinar la elegibilidad para diversos programas, cobertura o asistencia.
- * Doy mi consentimiento a Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood para obtener información de cualquier fuente para verificar las declaraciones que he hecho.
- * Usted recibirá una comunicación por escrito de Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood si la información proporcionada está incompleta o es insuficiente para determinar su elegibilidad para asistencia financiera o si no cumple con los requisitos de elegibilidad. También se le notificará por escrito si es elegible para recibir asistencia financiera.
- * Los pacientes que solicitan asistencia financiera pueden ser elegibles para recibir fondos de programas locales, estatales o federales. Se espera que los pacientes soliciten dichos programas antes de una determinación de elegibilidad para asistencia financiera. Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood brindará asistencia a las personas que soliciten dichos programas. No aplicar a tales programas puede afectar negativamente la consideración de la solicitud de asistencia financiera del paciente.
- * Doy fe de que he solicitado toda la cobertura de seguro posible, incluidos Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance y cualquier otra cobertura local, estatal o federal.
- * Entiendo que, si no califico para asistencia financiera, seré responsable del costo de la atención.

Firma del paciente/garante

Fecha

Después de completar esta solicitud, envíela junto con TODA la documentación de respaldo por correo a:

**Patient Business Office
300 Kingwood Medical Drive
Kingwood, Texas 77339
Attention: Financial Assistance**

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

Véase el reverso



Véase el reverso