

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA / SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

**Para obtener asistencia para completar este formulario o si tiene alguna pregunta, llame al 713.338.5502 o al 800.526.2121 - Presione 5**

Nombre del Paciente:	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 sobre la renta más reciente o adjunte una fotocopia de uno de los siguientes comprobantes de ingresos:**

<input type="checkbox"/> Últimos 2 recibos de sueldo <input type="checkbox"/> Recibo de confirmación de beneficio por desempleo	<input type="checkbox"/> Cheque del Seguro Social o carta de adjudicación <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"/>	Otros _____				

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)	Estado de empleo (marque una)
<input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Media jornada <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Incapacitado para regresar al trabajo	<input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Media jornada <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Incapacitado para regresar al trabajo

INGRESOS MENSUALES DEL NÚCLEO FAMILIAR		GASTOS MENSUALES DEL NÚCLEO FAMILIAR <span style="float: right;">(No aplica para FAA)</span>	
Paciente	\$ _____ /mes	Vivienda:	<input type="checkbox"/> Propia/préstamo <input type="checkbox"/> Alquilada
Cónyuge	\$ _____ /mes	Pago de la vivienda	\$ _____ /mes
Pensión alimenticia	\$ _____ /mes	Servicios públicos (electricidad, agua)	\$ _____ /mes
Desempleo	\$ _____ /mes	Auto n.º 1	\$ _____ /mes
Manutención infantil	\$ _____ /mes	Auto n.º 2	\$ _____ /mes
Beneficio para sobrevivientes	\$ _____ /mes	Gasolina	\$ _____ /mes
Comp. de los trabajadores	\$ _____ /mes	Seguro	\$ _____ /mes
Fondo fiduciario	\$ _____ /mes	TV / Cable / Teléfono	\$ _____ /mes
Otros	\$ _____ /mes	Alimentación	\$ _____ /mes
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>\$ _____ /mes</b>	<b>GASTOS TOTALES</b>	<b>\$ _____ /mes</b>

CUENTAS BANCARIAS / OTROS ACTIVOS (debe responder a las 3 preguntas):				(No aplica para FAA)
¿Cuenta corriente? (marque una con un círculo)	Sí	No	Saldo actual	\$ _____
¿Cuenta de ahorros? (marque una con un círculo)	Sí	No	Saldo actual	\$ _____
¿Propiedades adicionales? (marque una con un círculo)	Sí	No	Valor actual	\$ _____
En caso afirmativo, describa:				_____



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 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 para obtener información de cualquier fuente para verificar las declaraciones que he hecho.
- Usted recibirá una comunicación por escrito de Memorial Hermann 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 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, por favor envíela por correo, fax o correo electrónico, junto con TODOS los documentos justificativos a:

**Patient Business Services**  
**909 Frostwood Dr., Suite 3:100**  
**Houston, Texas 77024**  
**A la atención de: PBS Financial Assistance**  
**Fax: 713-338-4261**  
**Correo electrónico:**  
**MHFinancialAssistance@memorialhermann.org**

*Para uso exclusivo de la oficina*  
**Asistencia financiera aprobada por CEO/CFO del establecimiento**

Aprobado por: \_\_\_\_\_

Nombre/Firma

Tratamiento

Fecha

Véase el reverso

Véase el reverso

