



7115 Greenville Avenue

Dallas, TX 75231

Llame al 214-489-7252 o envíe un correo electrónico a tifsfa@tifs.org

Fecha: _____ Nombre del garante: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de servicio: _____

N.º de cuenta del hospital _____ N.º de historia clínica _____

Estimado paciente:

Se adjunta la Solicitud de asistencia financiera de Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery. Si completa esta solicitud, podremos presentar su cuenta a fin de que se analice para poder recibir la asistencia financiera para el pago de sus facturas del hospital. Esto es solo para los cargos del hospital.

Entendemos su deseo de privacidad. Por lo tanto, salvo a los efectos de verificación, la información incluida en su solicitud se tratará como información confidencial. Solo se compartirá con el personal de Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery cuando sea estrictamente necesario.

Complete cada uno de los puntos de la solicitud. Si necesita más espacio para explicar, use el reverso de la solicitud.

Presente copias de sus talones de pago del mes actual y de los dos meses anteriores y/o comprobantes de cualquier otra forma de ingreso del hogar. Si no recibe talones de cheques, presente copias de sus estados de cuenta bancaria que muestren sus depósitos mensuales. Si es trabajador independiente, presente una copia de su declaración de impuestos a las ganancias más reciente y un estado de resultados actual. Si no presenta la documentación solicitada, se le podría denegar el análisis de la asistencia financiera.

Es extremadamente importante que complete esta solicitud al recibirla y la devuelva lo antes posible.

Si tiene dificultades para completar esta solicitud o alguna parte no es clara, llame. Agradecemos su cooperación.

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 Llame al 214-489-7252 o envíe un correo electrónico a tifsfa@tifs.org

CD, IRA	\$	_____
Otras inversiones (acciones, bonos, etc.)	\$	_____
Inmuebles/terrenos distintos de la residencia principal	\$	_____

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA – Página 2

Nombre del empleador	_____	Empleador del cónyuge:	_____
N.º de teléfono	_____	N.º de teléfono	_____
Dirección del empleador	_____	Dirección del empleador	_____
Ocupación	_____	Ocupación	_____

¿Solicita actualmente los beneficios de Medicaid?	_____	Sí	_____	No
¿Ha solicitado asistencia a través del programa de hospitales/indigentes de su condado?	_____	Sí	_____	No
¿Su médico dona sus servicios?	_____	Sí	_____	No
¿Hay terceros potencialmente responsables de su accidente/lesión/enfermedad?	_____	Sí	_____	No
¿Está recibiendo ayuda para pagar las facturas del hospital?	_____	Sí	_____	No
¿Quién lo ayuda?	_____			
¿Cuál es el monto de la ayuda que está recibiendo?	_____			

Incluya cualquier otra información que considere que podría sernos útil a fin de determinar su elegibilidad para recibir asistencia para pagar la factura del hospital.

Ganancias previstas y/o fondos que recibirá por licencia por enfermedad (Licencia por enfermedad, tiempo libre remunerado, ingresos por discapacidad de corto/largo plazo). \$ _____

Tiempo previsto que no podrá trabajar y/o en el que no podrá cobrar salarios: _____

Entiendo que Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery puede verificar la información financiera incluida en esta solicitud en relación con la evaluación de esta solicitud del hospital, y mediante esta solicitud, autorizo a que el hospital se comuniquen con mi empleador para certificar la información presentada y solicitar informes a las agencias verificadoras de crédito. Soy consciente de que esta información se usará para determinar mi elegibilidad a fin de recibir asistencia financiera y que la falsificación de la información en esta solicitud puede ocasionar la denegación de la atención con Asistencia financiera. Entiendo además que la aprobación de la Asistencia financiera puede ser revocada, total o parcialmente, en caso de recupero de un tercero u otra fuente.

Además, entiendo que la atención con Asistencia financiera que reciba no se interpretará como una renuncia del hospital a su gravamen hospitalario para el reembolso de montos que adeude, y todo reembolso que reciba en relación con esta hospitalización se debe enviar a Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery.

_____	Firma de la persona que presenta la solicitud, si es el paciente	_____	Fecha
_____	Firma de la persona que presenta la solicitud, si no es el paciente	_____	Fecha

_____	Dirección del paciente	_____	Ciudad	_____	Estado	_____	Cód. postal	_____	Condado	_____	Número de teléfono residencial
-------	------------------------	-------	--------	-------	--------	-------	-------------	-------	---------	-------	--------------------------------