



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/a 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

ACTIVOS

Cuenta corriente \$ _____
 Cuenta de ahorros \$ _____
 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 comunique 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 hace la solicitud, si es el paciente Fecha

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

 Dirección del paciente Ciudad Estado Código postal Condado Número de teléfono de casa