HOUSTON Methodist LEADING MEDICINE

Solicitud de Asistencia Financiera

Instrucciones: Complete todos los espacios en blanco de esta solicitud. Si algún punto no corresponde a su caso, escriba N/A. Adjunte fotocopias de los documentos que correspondan a su situación actual: **1. Talón de pago salarial más reciente que muestre sus ingresos anuales hasta la fecha; 2. Su declaración de impuestos más reciente, con todos sus adjuntos; 3. Cheque de Seguro Social o carta confirmatoria de dichos beneficios o un estado de cuenta bancario, en caso de contar con depósito directo; 4. Carta de Notificación de Beneficio por Desempleo; 5. Tarjeta dorada del Sistema de Salud de Harris County.** Si está desempleado y depende de otros para sus ingresos o gastos cotidianos, adjunte una carta de sustento y una copia de la declaración de impuestos donde Ud. aparezca como dependiente. En caso de tener preguntas o necesitar asistencia adicional comuníquese con la oficina Centralized Business Office al 877-493-3228 de lunes a viernes de 7am a 7pm y sábados de 8am a 12pm.

Presente la solicitud completa y los documentos de sustento a un miembro del equipo de Acceso al Paciente o envíela por fax al (832) 667-5995, o por correo a Houston Methodist, Centralized Business Office, Attn.: Financial Assistance Unit, 701 S. Fry Road, Katy, TX 77450.

_____ _____

NOMBRE DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE) ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

_____ _____

NOMBRE ESPOSO/A, PADRE, TUTOR (LETRA DE MOLDE) NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ESTADO CIVIL _____

SERVICIO(S) SOLICITADO(S): _____

NÚMERO DE CUENTA: _____ FECHA DE SERVICIO(S): _____

Número de menores de 18 años que viven en casa: _____ Nombres de los Dependientes

Familia Directa _____ _____

Hijastros _____ _____

No emparentados _____ _____

Bajo tutela _____ _____

GASTOS **Vivienda:** **Servicios Públicos:** **Vehículos:**

Paciente	**Cónyuge/Otra persona**
Empleador/Patrón _____	Empleador/Patrón _____
☐ Empleado/a Tiempo Completo	☐ Empleado/a Tiempo Completo
☐ Empleado/a Tiempo Parcial	☐ Empleado/a Tiempo Parcial
☐ Desempleado/jubilado/discapacitado	☐ Desempleado/jubilado/discapacitado
☐ No puede volver al trabajo	☐ No puede volver al trabajo
☐ Ama de Casa	☐ Ama de Casa

INGRESOS TOTALES FAMILIARES* $_____/mes **(ENVIAR COMPROBANTES DE INGRESOS CON LA SOLICITUD)**

** Incluir todos los ingresos por salarios, trabajo agrícola o como contratista independiente, asistencia pública, Seguro Social, compensación por desempleo o accidente, jubilación/retiro, beneficios por huelgas, pensión alimenticia, por manutención de menor, adjudicaciones militares, pensiones, ingresos por dividendos, intereses, alquileres y otras fuentes de ingresos varios.*

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que el hecho de no suministrar toda la información que se solicita anteriormente podría considerarse motivo de descalificación para cualquier alivio financiero bajo este Programa. Además, y de ser posible, solicitaré asistencia del gobierno y tomaré las acciones que correspondan para obtener dicha asistencia e informaré al Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) sobre el resultado de mi solicitud. Yo/nosotros otorgo/otorgamos nuestro consentimiento al Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) para que obtenga la información y los datos provenientes de cualquier fuente a fin de verificar mi/nuestras declaraciones.

_____ _____

(Firma del Paciente o Solicitante) **(Fecha)**