

**Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*)  
Política FI49**

**Asunto:**  
Asistencia Financiera

**Fecha de vigencia:**  
Enero 1, 2016

**Se aplica a:**  
Hospitales Metodista de Houston (*Houston Methodist*)

**Fecha de revisión/corrección:**  
Enero 1, 2016

**Área de Origen:**  
Consejo Supervisor de Ciclos de Ingresos

**Fecha de próxima revisión:**  
Enero 1, 2019

**I. POLÍTICA**

El Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist, HM*) tiene el compromiso de suministrar ayuda financiera a las personas que tengan necesidades de servicios médicos y que no cuenten con seguro médico o que tengan un seguro insuficiente y no califiquen para un programa del gobierno, o que, por alguna razón, no puedan pagar los servicios médicos necesarios, incluso atención de emergencia según se define en el presente, con base en su situación financiera personal. En concordancia con el objetivo del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) de suministrar servicios médicos económicos y de alta calidad, y de abogar por los que sufren necesidad, HM procura asegurar que a los necesitados no se les impida recibir los servicios de atención médica que necesiten. El Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) proveerá, sin discriminación, los servicios necesarios para condiciones médicas de emergencia, indistintamente de la capacidad de pago del paciente.

Este documento incluye información sobre cómo solicitar asistencia financiera, cuáles son los servicios elegibles, los criterios de elegibilidad, el proceso de aprobación, las bases de cálculo de los montos facturados, los requisitos de notificación y contabilización, los procedimientos de cobranza para montos impagos, una lista de los proveedores que están o no están incluidos en esta política (Anexo C), y también proporciona un resumen de esta política en lenguaje sencillo (Anexo A).

Esta asistencia financiera no debe ser considerada como sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes contribuyan a cubrir los costos de sus servicios médicos en base a su capacidad de pago y que cumplan con los procedimientos del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) para obtener asistencia financiera. A las personas que tengan la capacidad financiera de comprar un seguro médico, se les incentivará a que lo hagan como medio para obtener acceso a los servicios de cuidado de la salud. Los pacientes que califiquen como pacientes de *Houston Methodist Global* están excluidos de esta política.

En concordancia con los principios de un buen manejo financiero personal y con el fin de que el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) pueda suministrar sus servicios de salud a la mayor cantidad de personas posible, la Junta Directiva del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) ha establecido los siguientes lineamientos para el suministro de servicios caritativos a pacientes.

## II. DEFINICIONES

- Asistencia Financiera: Servicios de salud suministrados por los hospitales Metodistas de Houston (*Houston Methodist*) a pacientes que hayan sido aprobados para recibir Asistencia Financiera sin cargo o con descuento.
- Familia: Aplicando la definición del Buró del Censo, una familia es aquel grupo de dos o más personas que residen juntos y que están relacionados entre sí por nacimiento, casamiento u adopción. En consonancia con las reglas del Servicio de Rentas Internas (*IRS*), si un paciente incluye a otra persona como dependiente en su declaración de ingresos, esa persona también se podrá considerar como dependiente para los fines de determinación de asistencia financiera.
- Ingresos familiares: Los Ingresos familiares, previo al descuento de impuestos, se determinan usando la definición del Buró del Censo, el cual utiliza los siguientes rubros de ingresos al calcular los niveles de pobreza federal (NPF):
  - Ingresos y/o ganancias corrientes, subsidios por desempleo (*unemployment compensation*), indemnización por accidentes de trabajo (*workers' compensation*), Seguridad de Ingreso Suplementario (*SSI*), asistencia pública, pagos a un veterano de guerra, beneficios a sobrevivientes, ingresos por pensiones o jubilaciones, intereses y dividendos (sin incluir ganancias o pérdidas de capital), rentas, regalías, ingresos por sucesión, fideicomisos, asistencia para gastos de estudio, pensión alimenticia, pensión para el sustento de hijo(s), asistencia recibida de terceros, y otras fuentes diversas;
  - Los beneficios no-monetarios (tales como estampillas para alimentos [*food stamps*] o subsidios para la vivienda) no se toman en cuenta;
  - Si una persona vive con una familia, se incluyen los ingresos de todos los integrantes del grupo familiar. Si no es pariente (alguien que comparte vivienda, por ejemplo) no se toma en cuenta.
- No asegurado: Es un paciente que no cuenta con seguro médico ni ayuda de terceros.
- Seguro insuficiente: Es un paciente que cuenta con algún seguro médico o ayuda de terceros, pero que no le cubre ciertos servicios y/o gastos médicos directos que superan su capacidad de pago.
- Houston Methodist Global: una corporación del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) que presta servicios a los siguientes pacientes:
  - De ciudadanía extranjera;
  - Con pasaportes válidos;
  - Jubilados estadounidenses que residan en el extranjero de manera permanente; o
  - Ciudadanos estadounidenses que trabajen en el extranjero durante más de seis meses al año.
- Cargos brutos: Cargos al paciente antes de aplicar ajustes de contrato o descuentos.
- Porcentaje de Montos que se Facturan Habitualmente (*AGB*): El porcentaje promedio de pagos que un Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) recibe de Medicare o de seguros médicos privados por prestar ciertos servicios

médicamente necesarios o de emergencia (ver Anexo B). Este porcentaje se calcula todos los años para cada Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) dentro de los 120 días del 31 de diciembre, de forma retrospectiva, lo que incluye reembolsos de reclamos a seguros procesados del año calendario anterior.

- Condiciones Médicas de Emergencia: Se las define dentro del sentido de la sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd).
- Médicamente necesario: Es tal como lo define Medicare (servicios o suministros que son los considerados razonables o necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión física).

### III. PROCEDIMIENTO

#### A. Cómo solicitar asistencia financiera

1. Para solicitar Asistencia Financiera, el paciente puede obtener la Solicitud de Asistencia Financiera (FAA), de manera gratuita, de una de las siguientes maneras:

- a. Comunicándose con un Asesor Financiero antes de o al momento de recibir el servicio;
- b. Descargándola del sitio web de HM: "[www.HoustonMethodist.org/Billing](http://www.HoustonMethodist.org/Billing)"
- c. Comunicándose con la Oficina Administrativa Central del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*), de lunes a viernes entre las 7:00 AM y las 7:00 PM, y sábados de 8:00 AM a 12:00 del mediodía, a los teléfonos 832-667-5900 (Houston) o 1-877-493-3228 (sin cargo); o
- d. Por correo postal:

Houston Methodist  
Centralized Business Office  
Attn: Financial Assistance Unit  
701 S. Fry Road  
Katy, TX 77450

2. Una vez que haya obtenido la Solicitud de Asistencia Financiera, complétela, reúna y adjunte los documentos de sustento necesarios y presente todos los documentos de la siguiente manera:

a. Por correo:

Houston Methodist  
Centralized Business Office  
Attn: Financial Assistance Unit  
701 S. Fry Road  
Katy, TX 77450

b. Presente los documentos a un miembro del equipo de Acceso al Paciente, o

c. Envíelos por fax al 832-667-5995

3. Es preferible, aunque no obligatorio, que una solicitud de asistencia financiera y la consiguiente determinación de necesidad financiera ocurran antes de que se presten los servicios médicos necesarios (que no sean de emergencia). Sin embargo, esa determinación podrá efectuarse en cualquier momento del ciclo

de cobranza. Posteriormente, la necesidad de asistencia financiera se evaluará cada vez que se requieran servicios médicos si la última evaluación financiera se realizó hace más de un año, o si en cualquier momento se llegara a obtener información adicional pertinente respecto de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.

4. Los valores de dignidad humana y buena administración que profesa el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) se reflejarán en el proceso de solicitud y aprobación de la asistencia financiera. Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán con rapidez y el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) notificará su resultado al paciente o solicitante por escrito dentro de los quince (15) días de haber recibido una solicitud de asistencia financiera (FAA). La asistencia financiera se aprobará o denegará con base en la solicitud de asistencia financiera completa y otras disposiciones de esta política (ver a continuación).

**B. Servicios elegibles** Los siguientes servicios de salud califican para recibir asistencia financiera.

1. Servicios médicos de emergencia que sean suministrados en una sala de emergencias;
2. Servicios médicos por una afección médica que, de no ser tratada con rapidez, podría conducir a un cambio adverso en el estado de salud de una persona;
3. Servicios indispensables que sean suministrados ante situaciones que amenacen la vida pero en un contexto que no sea la sala de emergencias; y
4. Servicios médicamente necesarios, evaluados individualmente en cada caso, a total criterio del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*).

**C. Proceso de determinación de la elegibilidad** La necesidad financiera se determinará siguiendo un proceso de evaluación individual que podrá incluir lo siguiente:

1. Un proceso de solicitud que culmine con completar una solicitud de asistencia financiera (o FAA, Anexo D);
2. El uso de fuentes de información disponibles al público que suministren datos sobre la capacidad de pago del paciente o de su garante (tal como su calificación crediticia);
3. Esfuerzos razonables del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) para explorar posibles fuentes de pago y cobertura alternativas mediante programas de pago públicos y privados, prestándole ayuda al paciente para que pueda aplicar a dichos programas; y
4. Una evaluación de los activos disponibles y otros recursos financieros del paciente.

**D. Presunta elegibilidad para recibir asistencia financiera** En ciertos casos, podría haber información inadecuada para tomar una determinación de asistencia financiera sin una solicitud de asistencia financiera completa. La presunta asistencia financiera se evaluará y/o se reevaluará para cada fecha de servicio. Algunos ejemplos que el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) consideraría para determinar presunta asistencia financiera incluyen:

1. Es una persona indigente o ha recibido atención en una clínica para indigentes;
2. Participa en los programas WIC para mujeres, infantes y niños;

3. Califica para recibir estampillas para alimentos (*food stamps*);
4. Califica para otros programas de asistencia locales o estatales sin financiación (por ej.: *Medicaid spend down*, o sea, con gastos cubiertos por el paciente);
5. Da como domicilio válido una vivienda para personas de bajos recursos y/o una vivienda subsidiada;
6. El paciente ha fallecido sin dejar bienes sucesorios conocidos; y
7. Ha sido calificado por una asesoría de beneficencia con suscripción paga.

**E. Montos facturados** Una vez que se confirme la elegibilidad de los servicios bajo esta política, la facturación al paciente se limitará a montos que no superen el AGB. Los montos facturados se basarán en el porcentaje aplicable del AGB, a cargos brutos aplicados, al ingreso familiar del paciente como un factor del Nivel de Pobreza Federal (NPF), como se ilustra a continuación:

1. Los ingresos familiares del paciente se encuentran en o por debajo del 200% del NPF - se factura 0% del AGB;
2. Los ingresos familiares del paciente están por encima del 200% pero no llegan al 300% del NPF - se factura 50% del AGB; y
3. Los ingresos familiares del paciente están por encima del 300% pero no llegan al 400% del NPF - se factura 100% del AGB.

**F. Etapas de cobro en caso de falta de pago** En aquellos casos en que el paciente no pague el monto facturado (Sección III, E más arriba), la gerencia del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) seguirá sus políticas de cobro ya establecidas, las cuales podrán incluir opciones de pago extendido. En ningún momento el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) podrá imponer acciones de cobranza extraordinarias como embargos salariales, gravámenes personales sobre la vivienda familiar principal, notificaciones a burós de crédito u otras acciones legales. Se puede obtener, de manera gratuita, una copia de la política de cobranzas del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) siguiendo los pasos que figuran en la Sección III, A, 1. a - d.

**G. Notificación de Asistencia Financiera y Requerimientos Contables** La notificación sobre la asistencia financiera se podrá hacer por diversos medios, que podrán incluir, sin limitación: la publicación de avisos en las facturas del paciente; notificaciones en salas de emergencia y centros de cuidado de urgencia; en el formulario de Condiciones para el Ingreso; en los departamentos de Admisión y Registro, y en cualquier otro lugar público que el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) seleccione. Asimismo, el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) publicará y difundirá ampliamente un resumen de esta política de Asistencia Financiera en los sitios web de sus hospitales y mediante folletos colocados en sitios de acceso para pacientes y en otros lugares dentro de la comunidad donde el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) ofrece sus servicios. Tales avisos y resúmenes de información deberán ser suministrados en las diversas lenguas de la población a la que sirve el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*). Cualquier miembro del personal del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) o del personal médico podrá derivar pacientes para recibir asistencia financiera. La solicitud de asistencia financiera podrá llenarse por el paciente, por algún miembro de su familia, por amigos cercanos u otras personas vinculadas al paciente, siempre acatando las leyes de privacidad aplicables.

**H. Requerimientos regulatorios** En la implementación de esta Política, el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) acatará la legislación federal, estatal y local, las reglas y los reglamentaciones que correspondan a las actividades que se llevan a cabo bajo esta Política.

**I. Documentos de Referencia**

1. Ley de Atención Médica Asequible y de Protección al Paciente de 2010;
2. Código de Rentas Internas, Sección 501(r)(4)-(r)(6);
3. Política de Opciones de Pago Extendido (FI86); y
4. Política de Cobranzas (FI85).

Recomendado por el Consejo Supervisor de Ciclos de Ingresos  
Aprobado por la Junta Directiva del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*)

Autorizado por el Gerente de Administración

(Original Firmado en Archivo)

\_\_\_\_\_  
M. Boom  
Presidente  
Director Ejecutivo  
Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Anexo A

### Resumen en Lenguaje Sencillo

#### Política de Asistencia Financiera del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*)

El Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) tiene el compromiso de ofrecer cuidados caritativos a aquellas personas que no tengan seguro médico o que tengan uno insuficiente, que no califiquen para un programa del gobierno, o que no puedan pagar, por alguna razón, su atención médica necesaria o de emergencia debido a su situación financiera personal.

Aquellos pacientes cuyos ingresos familiares no superen el 200% del Nivel de Pobreza Federal (*NPF*) calificarían para recibir servicios gratuitos; y aquellos cuyos ingresos familiares superen el 200% pero que no lleguen a más de 400% del *NPF*, calificarían para recibir servicios médicos con tarifas descontadas. Estas tarifas descontadas no podrán sobrepasar el monto promedio que los seguros médicos privados y Medicare le pagarían al Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) por el servicio en cuestión, incluyendo cualquier pago del paciente a modo de deducibles, copagos y coseguros.

Usted no tendrá que hacer pagos por adelantado ni establecer planes de pago para los servicios médicos necesarios de emergencia antes de que se le suministren los servicios. Pero si se le pide que pague una tarifa descontada y no puede pagar la tarifa descontada en su totalidad después de que se le haya provisto los servicios médicos, el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) intentará cobrarle ese monto descontado.

El Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) le enviará estados de cuenta mensuales solicitando que usted pague. Si no puede pagar el monto descontado en un solo pago, el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) ofrece opciones de pago extendido sin interés. Cualquier monto descontado que permanezca impago será transferido a una agencia de cobranzas (no vinculada con el Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*)) para que prosigan los intentos de cobranza. Las acciones de cobro de este tercero no podrán incluir embargos personales, acciones judiciales ni notificaciones a burós de crédito.

Hay copias gratis de la Política de Asistencia Financiera, de la Solicitud de Asistencia Financiera y de las Políticas de Cobranza del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) disponibles en el sitio web: "[www.HoustonMethodist.org/Billing](http://www.HoustonMethodist.org/Billing)", o en las Áreas de Admisión y Registro del Hospital o pueden obtenerse comunicándose con la Oficina Administrativa Central a los teléfonos (Houston) 832-667-5900 o 1-877-493-3228 (sin cargo). También pueden pedirse por correo postal a la siguiente dirección:

Houston Methodist  
Centralized Business Office  
Attn: Financial Assistance Unit  
701 S. Fry Road  
Katy, TX 77450

Este Resumen en Lenguaje Sencillo, la Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera y las Políticas de Cobranza están disponibles en diversos idiomas en los puntos de contacto mencionados anteriormente.

La Unidad de Asistencia Financiera del Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*) está a su disposición para responder sus preguntas y proporcionarle información sobre la Política de Asistencia Financiera y ayudarlo en el proceso para completar la solicitud.

Puede comunicarse con un miembro de la Unidad de Asistencia Financiera de lunes a viernes de 7:00 de la mañana a 7:00 de la tarde y los sábados de 8:00 de la mañana a 12:00 del mediodía, llamando a los teléfonos 832-667-5900 o 1-877-493-3228.

Una vez que haya completado la Solicitud de Asistencia Financiera, adjunte todos los documentos de prueba requeridos y envíelos por correo a la Unidad de Asistencia Financiera, ver dirección más arriba, o envíela por fax indicando la Unidad de Asistencia Financiera al 832-667-5995.



Anexo B

**EJEMPLO DE HOJA DE CÁLCULO PARA  
 ESTABLECER LOS MONTOS QUE SE FACTURAN  
 HABITUALMENTE (AGB)**

Cálculo Anual del Porcentaje de Montos que se Facturan Habitualmente  
 Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*)

Corresponde al Período de Medición: enero 1, 2015 - diciembre 31, 2015

<b>A</b>	Reclamos de tarifas a Medicare pagados durante el período pertinente	\$
<b>B</b>	Reclamos a Seguros Privados pagados durante el período pertinente	\$
<b>C</b>	Copagos, coseguros y deducibles relacionados a los reclamos en A y B pagados por el paciente durante el período pertinente	\$
<b>D</b>	Total de montos permitidos a seguros y pagos del paciente (A+B+C más arriba)	\$
<b>E</b>	Cargos brutos del hospital por los servicios suministrados en D (arriba)	\$
<b>F</b>	Porcentaje de Montos que se Facturan Habitualmente (AGB), desglosado por hospital (D/E)	%

Para obtener una lista de los Porcentajes *AGB* para cada Hospital Metodista de Houston (*Houston Methodist*), siga los pasos que figuran en la Sección III, C., 4. a. - d. Se le proporcionará esta información de manera gratuita.

## Anexo C

### Lista de Proveedores que están o no están cubiertos por esta Política

	Incluido
Organización / Grupo / Práctica	Sí / No
Hospital Metodista de Houston ( <i>Houston Methodist Hospital</i> )	Sí
Hospital Metodista de Houston Sugar Land ( <i>Houston Methodist Hospital Sugar Land</i> )	Sí
Hospital Metodista de Houston Willowbrook ( <i>Houston Methodist Hospital Willowbrook</i> )	Sí
Hospital Metodista de Houston West ( <i>Houston Methodist Hospital West</i> )	Sí
Hospital Metodista de Houston San Jacinto ( <i>Houston Methodist Hospital San Jacinto</i> )	Sí
Hospital Metodista de Houston St. John ( <i>Houston Methodist Hospital St. John</i> )	Sí
Hospital Metodista de Houston St. Catherine ( <i>Houston Methodist Hospital St. Catherine</i> )	Sí
Hospital Metodista de Houston, Centro de Imágenes: Katy Freeway	Sí
Hospital Metodista de Houston, Centro de Imágenes: Kirby	Sí
Hospital Metodista de Houston, Centro de Emergencias: Cinco Ranch	Sí
Hospital Metodista de Houston, Centro de Emergencias: Cypress	Sí
Hospital Metodista de Houston, Centro de Emergencias: Kirby	Sí
Hospital Metodista de Houston, Centro de Emergencias: Pearland	Sí
Hospital Metodista de Houston, Centro de Emergencias: Sienna Plantation	Sí
Hospital Metodista de Houston, Centro de Emergencias: Voss	Sí
Grupo Houston Methodist Primary Care	No
Grupo Houston Methodist Specialty Physician	No
Grupos Médicos no vinculados al Hospital Metodista de Houston ( <i>Houston Methodist Hospital</i> ) (Médicos Privados)	No
Anestesiología: US Anesthesia Partners	No
Anestesiología: Baylor	No
Anestesiología: Space City Anesthesia	No
Médicos de Emergencias: EmergiGroup Physicians Associates	No
Médicos de Emergencias: Neptune Emergency Services	No
Médicos de Emergencias: The Schumacher Group	No
Médicos de Emergencias: Kirby Emergency Physicians	No

Médicos Hospitalistas: IPC – The Hospitalist Company PA	No
Médicos Hospitalistas: Neptune Hospitalist Services, operando como Triton Hospitalist	No
Médicos Hospitalistas: OB Hospitalist Group	No
Médicos Hospitalistas: Sound Hospitalist Group of Texas	No
Imágenes: MASTOS Imaging Associates	No
Recién Nacidos: Texas Children's Physician Services	No
Patología: Coastal Pathology	No
Patología: Methodist Pathologist Associates	No
Radiología: Baytown Radiology	No
Radiología: Houston Radiology Associated	No

Anexo D



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) \_\_\_\_\_ ULTIMOS CUATRO DIGITOS DEL NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

NOMBRE ESPOSA/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 \_\_\_\_\_

<b>GASTOS</b>	<b>Vivienda:</b>	<b>Servicios Públicos:</b>	<b>Vehículos:</b>
<b>MENSUALES</b>	<input type="checkbox"/> Alquila	Electricidad \$ _____	<input type="checkbox"/> Propios/Cuantos _____
	<input type="checkbox"/> Es dueño	Agua \$ _____	<input type="checkbox"/> Arrendados/Cuantos _____
	<input type="checkbox"/> Está paga	Gas \$ _____	Pagos mensuales \$ _____
	Pago mensual \$ _____		

<b>Paciente</b>	<b>Cónyuge/Otra persona</b>
Empleador/Patrón _____	Empleador/Patrón _____
<input type="checkbox"/> Empleado/a Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Empleado/a Tiempo Completo
<input type="checkbox"/> Empleado/a Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Empleado/a Tiempo Parcial
<input type="checkbox"/> Desempleado/jubilado/di scapacitado	<input type="checkbox"/> Desempleado/jubilado/di scapacitado
<input type="checkbox"/> No puede volver al trabajo	<input type="checkbox"/> No puede volver al trabajo
<input type="checkbox"/> Ama de Casa	<input type="checkbox"/> 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.*

**CUENTAS BANCARIAS/OTROS ACTIVOS:**

<b>Cuenta Corriente</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Saldo</b>	\$ _____
<b>Cuenta de Ahorro</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Saldo</b>	\$ _____
<b>Acciones/Bonos, etc.</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Saldo</b>	\$ _____
<b>Otros Bienes o Propiedades</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<b>Describir</b>	_____

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/los otros 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 mis/hestras declaraciones.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente o Solicitante) \_\_\_\_\_ (Fecha)