



Solicitud de Asistencia Financiera

Su cooperación para completar esta solicitud y entregar la documentación solicitada ayudará a determinar si califica para recibir asistencia financiera para sus gastos de hospital. Se comprobará la exactitud de la información que proporcione y, a excepción de la verificación, su información se tratará de manera confidencial. Completar este formulario no garantiza que vaya a recibir asistencia financiera. Si se determina que no califica para la asistencia financiera, seguirá siendo responsable de pagar la cuenta del hospital.

Nombre del paciente	Fecha nacim.	No. de Seguro
Social Dirección	Calle/Ciudad/Estado/C. postal	
Dirección postal, si corresponde:		
()	()	
Teléfono del hogar	Teléfono celular	No. de cuenta del paciente
Si no tiene No. de Seguro Social, ciudadanía		No. de extranjero residente

¿Tiene seguro médico válido? Sí ☐ No ☐ Si responde No, ¿ha solicitado un seguro médico? Sí ☐ No ☐
Si tiene seguro médico, nombre del seguro y No. de póliza: _____

¿Ha pedido ayuda del programa para indigentes o del hospital en su condado? Sí ☐ No ☐
Si es residente del Condado de Bexar, ¿ha solicitado CareLink? Sí ☐ No ☐
¿El paciente trabaja? Sí ☐ No ☐ ¿Su cónyuge trabaja? Sí ☐ No ☐ N/A (no tiene cónyuge) ☐

Empleador del paciente (nombre, dirección y teléfono). Si el paciente es menor, empleador de su padre.

Empleador del cónyuge (nombre, dirección y teléfono). Si el paciente es menor, empleador de su madre.

Nombre del cónyuge No. de Seguro Social Fecha nacim. (mes/día/año)

Indique todas las personas que viven en el hogar del paciente:

Cónyuge: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Edad: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Edad: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Edad: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Edad: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Edad: _____

Total de personas que viven en el hogar del paciente: _____

Padre (si el paciente es menor) No. de Seguro Social Fecha nacim. (mes/día/año)

Madre (si el paciente es menor) No. de Seguro Social Fecha nacim. (mes/día/año)

Si el solicitante es una persona adulta, ¿alguien más declara al solicitante como dependiente en sus documentos de impuestos? Sí ☐ No ☐

Si responde Sí, indique nombre, dirección y teléfono de la persona que lo declara como dependiente: _____
Nombre

Dirección Calle/Ciudad/Estado/C. postal Teléfono

Verificación de ingresos: Indique los siguientes tipos de documentación para verificar los ingresos del hogar:

- ☐ Comprobante de pago o verificación de empleador, con declaración de impuestos y salario
- ☐ Si no tiene talones de cheques, presente copias de los extractos bancarios con los depósitos mensuales
- ☐ Si trabaja por cuenta propia, presente las declaraciones más recientes del impuesto a la renta y el estado de cuenta actual de ganancias y pérdidas
- ☐ Prueba de participación en programas de asistencia gubernamental, como Medicaid o AFDC
- ☐ Cartas de adjudicación de compensación por desempleo o de Seguro Social
- ☐ Otra (describir) _____

Si no puede enviar documentación de ingresos de las fuentes anteriores, explique por qué no tiene esa información: _____

Salarios: Indique los salarios de cada una de las siguientes personas en su hogar.

Paciente \$ _____ **Circunde una opción** Hora/semana/mes/año **Padre del paciente** (si el paciente es menor) \$ _____ **Circunde una opción** Hora/semana/mes/año
 Cónyuge \$ _____ Hora/semana/mes/año **Madre del paciente** (si el paciente es menor) \$ _____ Hora/semana/mes/año

Otros recursos: Indique el total de otros recursos disponibles:

Cuentas de ahorro \$ _____ Cuentas de cheques \$ _____ Efectivo en mano \$ _____
 Otras inversiones \$ _____ CD, IRA \$ _____ Ingresos por alquiler \$ _____
 (acciones/bonos, etc.)
 Valor estimado de la vivienda, si es propia \$ _____ Valor estimado de cualquier otra propiedad de la que sea propietario \$ _____

INGRESOS (monto mensual):

	Bruto	Neto	Gastos	Monto mensual
Paciente	\$ _____	\$ _____	Hipoteca/Alquiler	\$ _____
Cónyuge	\$ _____	\$ _____	Electricidad	\$ _____
Dependientes	\$ _____	\$ _____	Teléfono/Cable	\$ _____
Asistencia pública	\$ _____	\$ _____	Factura de agua	\$ _____
Cupones de alimentos	\$ _____	\$ _____	Alimentos/Compras	\$ _____
Seguro Social	\$ _____	\$ _____	Cuotas del automóvil	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____	Tarjetas de crédito	\$ _____
Manutención infantil	\$ _____	\$ _____	Seguro médico	\$ _____
Compensación de trabajadores	\$ _____	\$ _____	Seguro de automóvil	\$ _____
Pensiones	\$ _____	\$ _____	Manutención infantil	\$ _____
Ingresos por alquileres	\$ _____	\$ _____	Medicamentos	\$ _____
Ingresos por alquileres	\$ _____	\$ _____	Facturas médicas	\$ _____
CD/Dividendos	\$ _____	\$ _____	Otro (especificar)	\$ _____
Otro (especificar)	\$ _____	\$ _____		
TOTAL	\$ _____	\$ _____	TOTAL	\$ _____

Ingreso bruto anual del paciente*: \$ _____

* Para pacientes adultos, "Ingreso bruto anual" es la suma de ingresos brutos anuales (antes de impuestos) del paciente y su cónyuge. Para pacientes menores, "Ingreso bruto anual" es la suma de ingresos brutos anuales (i) del paciente y (ii) de su madre, padre y cualquier otra persona responsable de su cuidado.

Si no tiene ingresos, ¿cómo se mantiene a sí mismo y/o a su familia? _____

¿Su hospitalización es resultado de un accidente de tránsito? ☐ Sí ☐ No ☐ Si responde Sí, incluya un informe del accidente
 ¿Recibió dinero del seguro del automóvil? ☐ Sí ☐ No ☐ Si responde Sí, monto \$ _____
 ¿Está esperando el pago del seguro del automóvil o de propietario de vivienda? ☐ Sí ☐ No ☐ Si responde Sí, monto \$ _____
 Nombre e información de contacto del inspector del seguro: _____

Entiendo que University Health System (UHS) puede verificar la información financiera contenida en esta solicitud, y con mi firma autorizo a UHS a ponerse en contacto con mi empleador, mi cónyuge o cualquier otra persona que me declare como dependiente en su declaración de impuestos, para verificar la información provista en esta solicitud. También autorizo a University Health System a solicitar informes a las agencias de información crediticia. Certifico que esta información es verdadera a mi leal saber y entender y soy consciente de que la falsificación de información en esta solicitud puede resultar en la denegación de la asistencia financiera. En consideración por recibir servicios de atención médica como resultado de un accidente o lesión, acepto reembolsar a University Health System los ingresos resultantes de cualquier litigio o acuerdo que resulte de tal acto. También entiendo que toda asistencia financiera se basa en mi incapacidad de pagar y que si tuviera disponible una nueva fuente de ingresos o un tercero pagador, UHS puede revertir su pago de asistencia financiera en su totalidad o en parte. Entiendo que si no cumplo los requisitos para recibir asistencia financiera, seré responsable de mis gastos de hospital.

 Fecha _____
 Firma del paciente o persona responsable