

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del 2º nombre)

Número de Seguro Social

Domicilio del paciente

Ciudad

Estado

Código postal

 Estado civil: Casado Soltero Viudo
 Separado Divorciado

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Número telefónico

Nombre del cónyuge

 Empleado Sí No

 Empleado Sí No

Empleador del paciente

Empleador del cónyuge

Teléfono

Teléfono

Otras cuentas de City Hospital at White Rock con saldo pendiente en su hogar (incluya el NOMBRE y FECHA DE NACIMIENTO del paciente, así como el NOMBRE DEL CENTRO)

Si está desempleado, incluya el nombre y número telefónico del empleador anterior

Entiendo que City Hospital at White Rock ("CHWR") podrá verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de asistencia financiera ("Solicitud") en relación

A. Ingreso: proporcione el ingreso de cada una de las siguientes personas que viven en su hogar.

 Paciente Tiempo completo Tiempo parcial - Horas/Semana = _____
 \$ _____ Hr Sem Quincenal Mensual Anual

\$ _____ Ingreso adicional

 Cónyuge Tiempo completo Tiempo parcial - Horas/Semana = _____
 \$ _____ Hr Sem Quincenal Mensual Anual

\$ _____ Ingreso adicional

Ingreso total de los integrantes del hogar \$ _____

Llene esto solo si el paciente es menor de edad (de lo contrario, déjelo en blanco)

 Padre del paciente Tiempo completo Tiempo parcial - Horas/Semana = _____
 \$ _____ Hr Sem Quincenal Mensual Anual

\$ _____ Ingreso adicional

 Madre del paciente Tiempo completo Tiempo parcial - Horas/Semana = _____
 \$ _____ Hr Sem Quincenal Mensual Anual

\$ _____ Ingreso adicional

Ingreso total de los integrantes del hogar \$ _____

B. Verificación de ingresos: proporcione formas de verificación (*envíe solo copias, no documentos originales*) de todas las fuentes de ingreso del hogar (a continuación se incluye una lista de documentación aceptable). Marque los documentos que haya adjuntado:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Remesa del cheque de sueldo | <input type="radio"/> Verificación del empleador | <input type="radio"/> Consulta acerca de crédito (realizada por CHWR) |
| <input type="radio"/> Formulario W-2 del IRS | <input type="radio"/> Declaración de impuestos | <input type="radio"/> Ayuda gubernamental (estampillas de alimentos, CDIC, Medicaid, TANF) |
| <input type="radio"/> Estados de cuenta bancarios | <input type="radio"/> Otro (describa a continuación) | <input type="radio"/> Seguro Social, cartas de determinación de compensación del trabajador o de compensación por desempleo |

Si no puede proporcionar una de las fuentes de documentación de ingresos que se enlistan arriba, explique por qué esta información no está disponible:

C. Familiares: proporcione la cantidad total de personas que viven en la casa del paciente.

(Esta cantidad solo debe incluir al paciente, a su cónyuge y a las personas que dependan de él)

D. Bienes y otros recursos:

 ¿Cuenta con algún bien u otro recurso a su disposición? Sí No Si contestó que sí, cantidad actual disponible: \$ _____
 (Por ejemplo, cuentas de ahorros, fondos de inversiones, acciones, bonos, cuentas para el retiro, fondos mutuos, etc.)

 ¿Tiene seguro médico? Sí No Si contestó que sí, nombre del proveedor: _____

 ¿Tiene una cuenta de ahorros para gastos de salud o cuenta de gastos flexibles? Sí No Si contestó que sí, cantidad actual disponible: \$ _____

con la evaluación que CHWR realice de esta Solicitud, y con mi firma autorizo a mi empleador o a cualquier persona incluida en esta Solicitud para que certifique o proporcione detalles adicionales respecto a la información contenida en esta Solicitud. También autorizo a CHWR para que solicite informes de las agencias de crédito y la Administración del Seguro Social. Hago constar que las declaraciones hechas en esta Solicitud son verdaderas y correctas, a mi leal saber y entender, y han sido realizadas de buena fe. Estoy consciente de que la falsificación o inexactitud de la información contenida en esta Solicitud puede dar como resultado que se me niegue la asistencia financiera.

También entiendo que es posible que algunos médicos y proveedores no sean empleados de CHWR. Entiendo que podría recibir facturas aparte de esos proveedores, y que esta solicitud de asistencia financiera no se aplicará a esos saldos pendientes.

Firma del paciente o del responsable Nombre en letra de imprenta

Fecha

 RETURN TO: City Hospital
 9440 Poppy Drive
 Dallas, Tx 75218
 Attn: Financial Asst Dept