



SOLICITUD PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

Por el presente solicito que **United Regional HealthCare System** tome una determinación en cuanto a mi elegibilidad para recibir Asistencia Financiera. Comprendo que cualquier responsabilidad frente a terceros debe ser entregada y asignada al hospital para cualquier posible recuperación de esta factura. Negarse a cooperar en la asistencia a terceros o retener posible información de los pagadores, así como negarse a trasladarse a otro centro para el reembolso correspondiente podría tener como consecuencia la denegación de la Asistencia Financiera. **También comprendo que debo hacer todo lo posible por obtener cobertura SSI, PIP, County Indigent Health Care o cobertura de terceros o para motoristas no asegurados, y tengo la obligación de reportar la información solicitada para presentar un reclamo.** Devuelva esta solicitud a la atención de: Financial Assistance Care Processor, Business Office, United Regional Health Care System, 1600 Eleventh Street, Wichita Falls, TX 76301.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

ASISTENCIA SOLICITADA POR _____ FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ ÚLTIMOS (4) DÍGITOS DEL N.º DEL SEGURO SOCIAL _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO DEL DOMICILIO _____ ESTADO CIVIL _____ EDAD _____

EMPLEADOR _____ PROFESIÓN _____

NÚMERO DE CUENTA/SALDO DEL PACIENTE Y FECHA DE ALTA:

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

NOMBRE DEL CÓNYUGE _____

ÚLTIMOS (4) DÍGITOS DEL N.º DE SEGURO SOCIAL _____ EDAD _____

EMPLEADOR _____ PROFESIÓN _____

PADRES: COMPLETAR ÚNICAMENTE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:

NOMBRE DE LA MADRE _____ TELÉFONO DEL DOMICILIO _____

EMPLEADOR _____ PROFESIÓN _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

NOMBRE DEL PADRE _____ TELÉFONO DEL DOMICILIO _____

EMPLEADOR _____ PROFESIÓN _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

LISTADO DE PERSONAS DEPENDIENTES

INDIQUE TODAS LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (INCLUIDO USTED)

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	DEPENDIENTE
_____	_____	_____	SÍ O NO
_____	_____	_____	SÍ O NO
_____	_____	_____	SÍ O NO
_____	_____	_____	SÍ O NO
_____	_____	_____	SÍ O NO

APellidos del Paciente
del Segundo Nombre

NOMBRE

INICIAL

INFORMACIÓN FINANCIERA

RENTA MENSUAL O HIPOTECA \$ _____ PROPIEDAD _____ ALQUILER _____ OTRO _____
SI HAY OTRO, INDÍQUELO _____
AÑO Y MODELO DEL AUTO(S) _____ PAGO MENSUAL _____
(ESCRIBA 0 SI NO TIENE PAGOS) _____

FUENTES DE INGRESOS:	MENSUAL	ANUAL
INGRESOS ANUALES DEL NÚCLEO FAMILIAR	_____	_____
INGRESOS SE SEGURIDAD SOCIAL	_____	_____
ESTAMPILLAS PARA COMIDA	_____	_____
COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO	_____	_____
COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES	_____	_____
MANUTENCIÓN DE HIJOS	_____	_____
ASISTENCIA A LOS VETERANOS	_____	_____
INGRESOS DE JUBILACIÓN DE CUALQUIER FUENTE	_____	_____
INGRESOS DE DIVIDENDOS E INTERESES	_____	_____
BECAS, PREMIOS Y PRÉSTAMOS DE ESTUDIOS	_____	_____
CUALQUIER OTRA FUENTE DE INGRESOS	_____	_____
ASISTENCIA PÚBLICA	_____	_____
 INGRESOS TOTALES DEL NÚCLEO FAMILIAR	 \$ _____	 \$ _____

Se requieren los siguientes documentos en relación con su fuente de ingresos para tomar la determinación final:

COPIA DE LA CARTA DE ADJUDICACIÓN DEL SEGURO SOCIAL O DE BENEFICIOS PARA VETERANOS

COPIA ÍNTEGRA DE LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS MÁS RECIENTE, SI ES AUTÓNOMO

COPIA DEL TALONARIO DE CHEQUES DE LA NÓMINA, ADJUDICACIÓN DETALLADA DEL PRÉSTAMO DE ESTUDIOS

VERIFICACIÓN DE PAGO FIRMADA POR EL EMPLEADOR EN LA QUE SE INCLUYA EL PERIODO DE TRABAJO

COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN RELACIONADA CON UNA HERENCIA; COPIA DEL TRASPASO DE IMPUESTOS DE NEGOCIO Y/O FORMULARIO DE IMPUESTOS SOBRE LOS INGRESOS

POR EL PRESENTE AUTORIZO A UNITED REGIONAL HEALTH CARE SYSTEM A QUE VERIFIQUE MIS INGRESOS REPORTADOS, INCLUYENDO LA VERIFICACIÓN DE MI DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES MÁS RECIENTEMENTE PRESENTADA, ASÍ COMO LA AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL SALARIO BRUTO E HISTORIAL DE TRABAJO, Y A QUE VERIFIQUE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN INDICADA EN ESTA SOLICITUD. COMPRENDO QUE DEBE REALIZARSE UNA NUEVA SOLICITUD O VERIFICACIÓN CADA 6 MESES PARA SATISFACER LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD.

FIRMA DEL SOLICITANTE FECHA TESTIGO, SI CORRESPONDE

FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBA LA INFORMACIÓN, SI EL CONTACTO ES POR TELÉFONO

LA INFORMACIÓN SIGUIENTE DEBERÁ SER COMPLETADA ÚNICAMENTE POR EL PERSONAL DEL HOSPITAL

COMENTARIOS ADICIONALES: (Incluyendo la razón para la denegación, si corresponde)

APROBADA _____ DENEGADA _____ INGRESOS BRUTOS EN USD\$ _____ CARGOS TOTALES _____

TOTAL DESCONTADO EN USD\$ _____ OBLIGACIÓN FINAL DE PAGO POR PARTE DEL PACIENTE EN \$ _____

100% ESTADO DE INDIGENCIA FINANCIERA (100-175%) 9007 _____

65% ESTADO DE INDIGENCIA MÉDICA (201-400%) 9049 _____

65% ESTADO DE INDIGENCIA FINANCIERA (176-200%) 9056 _____

20% ESTADO DE INDIGENCIA MÉDICA (basado en los ingresos brutos) 9051 _____

20% ESTADO DE INDIGENCIA FINANCIERA (basado en los ingresos brutos) 9058 _____

FIRMA DE AUTORIZACIÓN _____
NOMBRE _____

CARGO Y FECHA _____

LÍMITES DE AUTORIZACIÓN

PROCESADOR DE ATENCIÓN DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA \$0-\$10.000

ESPECIALISTA \$10.001- 20.000

GERENTE USD 20.001-USD 30.000 DIRECTOR \$30.001-\$ 50.000 DIRECTOR FINANCIERO MÁS DES 50.001