

## Solicitud de Asistencia Financiera de Methodist Healthcare System

Nombre del paciente		Número de cuenta del paciente
Numero de teléfono	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)
D Empleado D Desempleado		
Empleador (Nombre, Dirección y Número de teléfono)		
Nombre del Cónyuge	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)
Padre del paciente (si el paciente es menor de edad)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)
Madre del paciente (si el paciente es menor de edad)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)

A. *Ingresos:* Por favor anote los ingresos de cada una de las siguientes personas que viven en su hogar:

Paciente \$ _____	Encierre en un círculo una opción Hora/ Semanal/ Mensual/ Anual.	Padre del paciente. (Si el paciente es menor de edad) \$ _____	Encierre en un círculo una opción Hora/ Semanal/ Mensual/ Anual
Cónyuge \$ _____	Hora/ Semanal/ Mensual/ Anual.	Madre del paciente. (Si el paciente es menor de edad) \$ _____	Hora/ Semanal/ Mensual/ Anual

B. **Otros Recursos:** Por favor proporcione la cantidad total de otros recursos con que usted cuente, incluidas las cuentas de ahorro, cuentas de cheques, acciones, bonos, etc. \$ \_\_\_\_\_  
 Por favor proporcione la cantidad del ingreso anual que usted recibe de estos otros recursos, incluidos los ingresos por intereses, dividendos, ingresos por renta o alquiler, etc. \$ \_\_\_\_\_

C. **Familiares:** Por favor indique el número de personas que viven en el hogar del paciente.

*D. Verificación del ingreso:* Por favor proporcione alguno de los siguientes tipos de documentos para verificar su ingreso.

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Forma W-2 del IRS</li> <li>Remesa de pago</li> <li>Declaración de impuestos</li> <li>Estado de cuenta bancaria</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificación del empleador</li> <li>Comprobación de participación en programas gubernamentales de asistencia como las estampillas para alimentos, CDIC, Medicaid o AFDC</li> <li>Seguro Social o Cartas de Determinación de Compensación por Desempleo</li> <li>Otro(s), por favor descríbalos)</li> </ul> |
|--|---|

Si usted no puede proporcionar alguno de los documentos que comprueben sus fuentes de ingreso mencionados anteriormente, por favor explique la razón por la cual carece de esta información:

Entiendo que Methodist Healthcare System (MHS, por sus siglas en inglés) puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de Asistencia Financiera ("Solicitud") relacionada con la evaluación que MHS haga de esta Solicitud, y por medio de mi firma en la presente autorizo a mi empleador a certificar la información proporcionada en esta Solicitud. También autorizo a MHS a solicitar informes de las instituciones de información crediticia y de la Administración del Seguro Social. Certifico que esta información es verdadera a mi leal saber y entender y estoy consciente de que la falsificación de información en esta Solicitud puede ocasionar que se me niegue la asistencia financiera.

Entiendo que cualquier ayuda financiera está basada en mi incapacidad de pago y si alguna nueva fuente de ingresos se encuentra disponible, Methodist Healthcare System podría revertir su otorgamiento de ayuda financiera en todo o en parte.

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado de MHS si alguna parte de la Solicitud de Asistencia Financiera fue llenada por un Empleado de MHS

## **Información y Instrucciones para la Solicitud de Asistencia Financiera de Methodist Healthcare System**

### *Instrucciones:*

Como parte de su compromiso de servir a la comunidad y en cumplimiento de uno de los objetivos de beneficencia de Methodist Healthcare Ministries, Methodist Healthcare System ha decidido proporcionar asistencia financiera a las personas que cumplan con ciertos requisitos en materia de ingresos.

Para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera, necesitamos obtener cierta información financiera como se indica en esta solicitud. Su cooperación nos permitirá otorgar la debida consideración a su solicitud de asistencia financiera.

Por favor llene la Solicitud de Asistencia Financiera y devuelva el formulario lleno al Representante del Registro, o bien envíe por correo el formulario lleno a la siguiente dirección:

Texas Shared Service Center  
PO Box 292369  
Nashville, TN 37229-2369

*Una vez que la solicitud haya sido revisada y procesada, le notificaremos sobre nuestra decisión. Si usted es elegible para recibir asistencia financiera, puede solicitar la información que describe el proceso que utiliza Methodist Healthcare System para calcular la cantidad a pagar. El monto adeudado no excederá los montos generalmente facturados a los pacientes que cuentan con seguro médico, según lo determinado mediante los métodos retrospectivos descritos en las regulaciones del Sistema de Administración Tributaria, IRS, por sus siglas en inglés. La solicitud para obtener esta información deberá dirigirse a:*

Texas Shared Service Center  
PO Box 292369  
Nashville, TN 37229-2369

### *Sección A: Ingresos*

En la Sección A de la Solicitud de Asistencia Financiera, por favor indique la cantidad en dólares que recibe cada persona enlistada como remuneración y si la cantidad representa la remuneración por hora, por semana, por mes o por año.

### *Sección B: Otros Recursos*

En el primer espacio de la Sección B de la Solicitud de Asistencia Financiera, por favor indique la cantidad en dólares que usted tiene invertida en cuentas de cheques, de ahorro, en acciones, etc. En el segundo espacio por favor indique la cantidad en dólares que usted recibe como ingreso anual por dichas inversiones. Por ejemplo, en el primer espacio alguien puede poner que tiene \$5,000 en una cuenta de ahorros y en el segundo espacio puede poner que gana \$250 de intereses anuales de dicha cuenta.

### *Sección C: Familiares*

La Sección C de la Solicitud de Asistencia Financiera solicita información sobre el número de personas que habitan en el hogar del paciente. Este número debe incluir al paciente, al cónyuge (esposo o esposa) del paciente y a los dependientes del paciente. Si el paciente es menor de edad, por favor incluya al paciente, a la madre y/o al padre y/o tutor legal del paciente y a todos los dependientes residentes de la madre y/o del padre y/o del tutor legal del paciente.

### *Sección D: Verificación de los Ingresos*

Para considerar su solicitud de asistencia financiera, se requiere la verificación de los ingresos reportados en la Sección A de la Solicitud de Asistencia Financiera. Por favor proporcione una copia de la forma W-2 del IRS, su Declaración de Ingresos e Impuestos; la remesa de pago; su declaración fiscal; su estado de cuenta bancaria u otro indicador apropiado de sus ingresos o la comprobación de su participación en un programa de beneficio público como el Seguro Social, la Compensación por Desempleo, Medicaid, el Programa de Salud para Indigentes del Condado, AFDC, Seguro de Desempleo, Estampillas para Alimentos, WIC, Texas Healthy Kids, Programa de Seguro Médico Infantil, u otros programas similares relacionados con los indigentes.

Usted también puede verificar su salario pidiéndole a su empleador que proporcione una verificación por escrito o pidiéndole que hable con un representante de MHS.

***Si usted no puede proporcionar alguno de los documentos mencionados anteriormente que comprueben su fuente de ingresos, por favor proporcione una explicación por escrito sobre ello en la Sección D de la Solicitud de Asistencia Financiera.***

### **Servicios de los Médicos**

Los médicos que proporcionan servicios no son empleados de Methodist Healthcare System. Usted recibirá cuentas separadas de su médico privado y de los otros médicos cuyos servicios usted requirió. Si tiene alguna duda sobre estas cuentas, o si desea hacer arreglos para el pago de los servicios de los médicos, por favor póngase en contacto con el consultorio de cada uno de los médicos.