

**SOLICITUD DE AYUDA BENÉFICA PARA GASTOS DE HOSPITAL
DOCUMENTOS SOLICITADOS
COMPROBANTE DE INGRESOS Y RECURSOS
(Financial Assistance Application – Spanish)**

Junto con su solicitud, debe proporcionar copias de la siguiente información. Si no lo hace, se demorará, o podría incluso denegarse, su solicitud.

1. Comprobante de identidad... **licencia de conducir vigente**, tarjeta de identificación del Departamento de Seguridad Pública (Department of Public Safety, DPS), tarjeta de registro de votante, tarjeta de registro de extranjero o tarjeta de residente temporal
2. **Estado de cuenta más reciente de la cuenta de cheques**, cuenta de ahorro y cooperativa de crédito
3. Verificación de acciones, bonos, pagarés o certificados de depósito (CD)
4. Al menos **cuatro de sus talones de cheques más recientes** o un formulario de verificación de empleo completado por su empleador
5. Cartas de adjudicación o verificación de otros ingresos, como **Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)**, desempleo, compensación del trabajador, jubilación y manutención infantil
6. Recibos de alquiler o pago de hipoteca
7. Recibos de pago de automóvil
8. **Recibos de servicios públicos**
9. **Recibos de cualquier otro gasto mensual** (es decir, facturas médicas impagas, recibos de fármacos recetados, gastos de cuidado infantil, compras de comestibles, recibos de gasolina, matrícula en la escuela o universidad, etc.)
10. La declaración de impuestos más reciente

SOLICITUD DE AYUDA BENÉFICA PARA GASTOS DE HOSPITAL

ESCRIBA CLARO EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre del solicitante (apellido, primer nombre, segundo nombre –si corresponde–)	Número telefónico de la casa	Número telefónico celular	Número telefónico del trabajo
Dirección de correo (calle, casilla de correo o RFD [código de correo rural])	Ciudad	Estado	Código postal
Domicilio particular (si difiere de la dirección postal)			

Necesito atención médica y no puedo pagarla.

Tengo facturas médicas que no puedo pagar.

RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS. Si alguna de las preguntas no es aplicable, escriba “N/A”. Esta solicitud debe ser completada por o para el solicitante.

1. Llene todos los espacios en blanco sobre todas las personas que viven con usted, ya sea que las considere miembros de su casa o no.

	NOMBRE			QUÉ ALLEGADOS	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	RAZA*	CASADO(A)		EN LA ESCUELA		N.º DE SEGURO SOCIAL
	Apellido	Primer nombre	Segundo nombre (si corresponde)		Mes	Día	Año			Sí	No	Sí	No	
(a)				SUSCRIP-TOR										
(b)														
(c)														
(d)														
(e)														
(f)														
(g)														
(h)														
(i)														

* La información sobre la raza es voluntaria y se solicita para garantizar que se brinden los beneficios independientemente de la raza, el color o el origen nacional. No afectará su elegibilidad ni su nivel de beneficio.

2. Condado y estado de residencia (donde se encuentra su hogar).....

Condado	Estado
---------	--------

3. Alguna persona que vive con usted recibe beneficios de (marque “Sí” o “No” por cada tipo de programa):

Ayuda para familias con hijos dependientes (Aid to Families with Dependent Children, AFDC)	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	Estampillas de alimentos	Seguro Social	Medicaid	Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

4. ¿Usted o alguna persona que vive con usted tiene empleo (incluso un empleo por horas, cuidado de niños, etc.) o alguno de ustedes se está capacitando para un trabajo?... Sí No

Si la respuesta es “sí”, complete los espacios en blanco para cada persona que se está capacitando o está empleada (incluido el empleo independiente):

SOLICITUD DE AYUDA BENÉFICA PARA GASTOS DE HOSPITAL

Dé los nombres de las personas que estén TRABAJANDO o CAPACITÁNDOSE	Dé el nombre y la dirección del empleador donde se brinda capacitación	Cantidad de horas de trabajo por semana		¿Con qué frecuencia le pagan?					Remuneración bruta (antes de las deducciones)
		Normal	Horas extra	*1	*2	*3	*4	*5	

*1 = A diario *2 = Semanalmente *3 = Cada dos semanas *4 = Dos veces por mes *5 = Mensualmente

5. ¿Usted o alguien de su familia recibe dinero de alguna de las siguientes fuentes? (Marque “sí” o “no”):

	Sí	No
Seguro Social		
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		
Pensión o beneficios de veteranos		
Jubilación ferroviaria		
Otros beneficios jubilatorios o pensiones		
Cheques de bienestar social (Welfare) (AFDC)		
Dinero en efectivo, regalos o contribuciones recibidos de padres, parientes, amigos, etc.		
Cheque de la oficina de Desempleo		
Compensación del trabajador		
Pagos de un seguro privado		
Beneficios sindicales (incluso beneficios por huelga)		
Asignaciones militares		
Dinero proveniente del arrendamiento de casas o apartamentos		
Dinero de personas que le pagan por alojarse, o alojarse y comer, en su casa		

	Sí	No
Manutención de los hijos/Pensión alimenticia del cónyuge		
Dividendos de acciones y bonos		
Interés de cuentas de ahorro o certificados de depósito		
Dinero de regalías o arriendo por petróleo, gas o minerales		
Dinero de otras agencias de bienestar social privadas o públicas		
Dinero de una granja (incluso arrendamiento de tierras de pastoreo, pagos de Apoyo a Comunidades Agrícolas [Agriculture Supported Communities, ASC], ganado/animales de granja u otro dinero relacionado)		
Otro dinero (incluso préstamos realizados a su nombre y pagos recibidos en un monto global [de una vez])		
Préstamos, subvenciones o becas para educación		
Otros ingresos:		

Si ha respondido “Sí” a alguna de las preguntas del punto 6, complete lo siguiente:

Nombre de la persona que recibe dinero	Quién proporciona el dinero	Si es el Seguro Social, escriba el número de reclamación	Monto recibido	Cada cuánto lo recibe

6. Durante los últimos cuatro meses, ¿ha recibido usted, o los miembros de su casa para quienes solicita asistencia, servicios médicos que aún no ha pagado? Sí No

7. ¿Anticipa tener algún gasto médico durante los próximos seis meses? Sí No

SOLICITUD DE AYUDA BENÉFICA PARA GASTOS DE HOSPITAL

8. ¿Usted o alguien de su familia tiene ahora cobertura por parte de algún seguro médico privado? Sí No

Si la respuesta es "Sí", complete los siguientes aspectos sobre el seguro privado.

Nombre de la compañía de seguros	N.º de póliza	N.º de grupo	Titular de la póliza
Dirección de la compañía de seguros		¿Relacionado con el empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del empleador
Fecha en que comenzó la cobertura	Fecha en que finalizó la cobertura	Nombres de las personas cubiertas por esta póliza	

9. ¿Usted o alguna persona que vive con usted ha tenido, en los últimos seis meses, cobertura de alguna póliza de seguro de salud bajo la cual ya no está cubierto? Sí No

Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

Nombre de la compañía de seguros	N.º de póliza	N.º de grupo	Titular de la póliza
Dirección de la compañía de seguros		¿Relacionado con el empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del empleador
Fecha en que comenzó la cobertura	Fecha en que finalizó la cobertura	Nombres de las personas cubiertas por esta póliza	

10. Enumere sus gastos mensuales a continuación:

	MONTO	CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE LA FACTURA	FECHA EN QUE HIZO EL ÚLTIMO PAGO
Pago de alquiler o hipoteca de su vivienda			
Impuestos, contribuciones especiales			
Pagos del seguro de la vivienda			
Teléfono			
Servicios públicos (gas, electricidad, etc.)			
Comida			
Cuentas de crédito			
Gastos médicos			
Préstamos			
Otro (especifique):			

11. ¿Usted o alguna persona que vive con usted paga para que alguien cuide a un niño o a un adulto discapacitado o un anciano para que usted pueda ir a trabajar o recibir capacitación? Sí No

¿Quién brinda dicho cuidado?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto cuesta?
Dirección de la persona que brinda el cuidado:		N.º de teléfono

SOLICITUD DE AYUDA BENÉFICA PARA GASTOS DE HOSPITAL

12. ¿Usted o alguna persona que vive con usted posee alguno de los siguientes artículos (si la respuesta es “Sí”, indique el valor):

	Sí	No	Valor
A. Cuenta de ahorros o de cooperativa de crédito			
B. Cuenta de cheques			
C. Efectivo			
D. Acciones, bonos, etc.			
E. Derechos por petróleo, minerales			
F. Seguro de vida (valor nominal)			
G. Seguro funerario (valor nominal)			
H. Propiedades (bienes raíces)			
I. Ganado/animales de granja			

	Sí	No	Valor
J. Automóviles, camiones, motocicletas, botes/barcos y otros vehículos			

Indique el año, la marca y el modelo de cada vehículo:

Año	Marca	Modelo

13. ¿Usted o alguna persona que vive con usted posee o está comprando algún artículo no mencionado?..... Sí No
Si la respuesta es “Sí”, indíquelos a continuación (no incluya elementos que hay en la casa, como muebles o electrodomésticos, ni artículos personales como joyas o ropa):

14. ¿Usted o algún miembro de su casa ha vendido, intercambiado o donado objetos de valor en los últimos dos años?..... Sí No
Si la respuesta es “Sí”, indíquelos a continuación (no incluya elementos que hay en la casa, como muebles o electrodomésticos, ni artículos personales como joyas o ropa):

15. Si alguien le está ayudando a responder este formulario, indique su nombre y dirección:

Nombre	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	N.º de teléfono
--------	--	-----------------

16. Indique el nombre y la dirección de un pariente o amigo con quien ponerse en contacto en caso de una emergencia:

Nombre	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	N.º de teléfono
--------	--	-----------------

Las respuestas que he dado a todas las preguntas, así como todas las afirmaciones que he hecho, son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

Estoy de acuerdo en dar al personal que determina mi aptitud en el hospital cualquier información que sea necesaria para comprobar lo que afirmo sobre mi aptitud para recibir ayuda benéfica. Colaboraré totalmente con el personal del hospital para obtener información de cualquier fuente para comprobar lo que he afirmado.

Me han dicho y entiendo que si no cumplo las obligaciones establecidas en el presente documento, se podrá considerar que estoy reteniendo información deliberadamente y eso podría tener como resultado que se recupere cualquier pérdida mediante reembolso o mediante una acusación penal o civil contra mí.

Certifico que estoy solicitando servicios de conformidad con la política de Ayuda Benéfica de Methodist Health System. Yo, o la persona responsable por mí, no tiene capacidad financiera de pagar la totalidad del costo de los servicios necesarios.

Acepto informar, en un plazo de 14 días, sobre cualquier cambio que ocurra en: ingresos, recursos, cantidad de personas que viven conmigo, dirección, otras circunstancias que podrían afectar mi aptitud para recibir ayuda médica.

Me han dicho y entiendo que esta solicitud se considerará sin tener en cuenta mi raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o convicción política.

SOLICITUD DE AYUDA BENÉFICA PARA GASTOS DE HOSPITAL

ANTES DE FIRMAR, VERIFIQUE QUE TODAS LAS PREGUNTAS ESTÉN COMPLETAS Y CORRECTAS

Firma del solicitante Fecha Firma del cónyuge Fecha

Firma del testigo Fecha

For office use only

Form received by		Date
Form reviewed by		Date
Financial Assistance <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Not approved		Date
If approved , level approved <input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Partial	Amount approved	Date
If not approved , reason for denial		
		Date