



A nuestro estimado paciente:

Muchas gracias por elegir a CHRISTUS CUIDADO de SALUD para sus necesidades de atención médica. Adjunto encontrará una solicitud para asistencia. Por favor devuelva la solicitud completa y proporcione toda documentación de respaldo a la oficina de negocios del hospital.

Los pacientes con un ingreso familiar de o por debajo del 400% del índice de pobreza federal aplicable, que carezcan de fondos suficientes para pagar sus facturas, pueden ser elegibles para recibir asistencia. Además, los pacientes con facturas médicas considerables, independientemente de su ingreso, pueden ser elegibles para recibir asistencia. Además de los ajustes parciales o completos, la asistencia incluye acuerdos de pago ampliados.

Entendemos su deseo de privacidad. Por lo tanto, la información contenida en su solicitud será tratada como confidencial salvo para fines de verificación. Solo se compartirá dentro de CHRISTUS Health en la medida que se necesite.

Al recibir su solicitud completa, nuestro personal llevará a cabo una revisión de la solicitud para la posible asistencia para el saldo de sus cuentas con CHRISTUS Health. Le notificaremos por escrito después de nuestra revisión.

De nuevo, nos gustaría agradecerle por elegir a CHRISTUS Health para satisfacer sus necesidades de atención médica. Si tiene alguna pregunta con relación a la solicitud o la información anterior, comuníquese con un asesor financiero del hospital o llame al número que se indica a continuación.

Atentamente,

CHRISTUS Trinity Mother Frances Health System
903-531-5518
Lunes a viernes
De 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora centro)

Please send completed applications to:
CHRISTUS Trinity Mother Frances Business Office
PO Box 6997
Tyler, TX 75711
Or deliver in person to the hospital admitting department or to the business office at 4542 Old Troup Hwy Tyler, TX 75707

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del fiador (si no es el paciente): _____

Nombre del paciente: _____

Fechas de servicio: _____

N.º de cuenta del hospital _____

N.º de expediente médico _____

- CHRISTUS St. Michael Hospital
CHRISTUS St. Michael Hospital – Atlanta
CHRISTUS St. Frances Cabrini Hospital
CHRISTUS Coughatta Health Care Center
CHRISTUS Highland Medical Center
CHRISTUS Schumpert
CHRISTUS St. Patrick Hospital
CHRISTUS Hospital – St. Elizabeth
CHRISTUS Hospital – St. Mary
CHRISTUS Jasper Memorial Hospital
CHRISTUS St. Vincent Regional Medical Ctr

- Children’s Hospital of San Antonio
CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Medical Center
CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Westover Hills
CHRISTUS Santa Rosa Hospital – New Braunfels
CHRISTUS Spohn Hospital – Shoreline
CHRISTUS Spohn Hospital – South
CHRISTUS Spohn Hospital – Memorial
CHRISTUS Spohn Hospital – Kleberg
CHRISTUS Spohn Hospital – Alice
CHRISTUS Spohn Hospital – Beeville
CHRISTUS Trinity Mother Frances Health System



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre de los pacientes: _____ N.º de cuenta: _____

DEBE PROPORCIONAR AL MENOS 1 DE LO SIGUIENTE:

- Declaración de impuesto sobre la renta más reciente y completa
- 3 recibos de cheque de pago más recientes
- 3 estados de cuenta de cheques/ahorro más recientes
- Carta de asignación de estampillas de comida, SSI/SSA/SSD
- Si usted reporta un ingreso de \$0, adjunte una explicación breve de cómo usted o el paciente satisfacen sus necesidades básicas

DEBE PROPORCIONAR COMPROBANTE DE IDENTIDAD CON AL MENOS 1 DE LO SIGUIENTE:

- Licencia de conducir vigente
- Registro de extranjero
- Pasaporte
- Tarjeta de identificación emitida por el estado

DATOS PERSONALES:

PERSONA RESPONSABLE

CÓNYUGE

Nombre	_____	_____
N.º de Seguro Social	_____	_____
Fecha de nacimiento	_____	_____
Dirección/N.º de apartamento	_____	_____
Ciudad, estado, código postal	_____	_____
N.º de teléfono de residencia	_____	_____

INFORMACIÓN DE EMPLEO:

Nombre del empleador	_____	_____
Si trabaja por cuenta propia, explique	_____	_____
Dirección	_____	_____
N.º de teléfono	_____	_____
Cantidad de horas trabajadas/semana	_____	_____
Cargo	_____	_____
Duración del empleo	Años _____ Meses _____	Años _____ Meses _____
Salario bruto mensual	_____	_____

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR:

Nombre _____	Edad _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Edad _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Edad _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____
Salario bruto mensual _____			

INGRESO ADICIONAL:

Segundo empleo: N S: \$_____/mes
Pequeña empresa: N S: \$_____/mes
Otros: (p. ej., inversiones, ahorros, manutención infantil, gas otra ayuda gubernamental)
\$_____/mes

DEUDA:

Hipoteca de la casa: \$_____/mes
Contraída por: _____
Saldo pendiente: \$_____
Automóvil/barco/RV, etc.: \$_____/mes

OTROS GASTOS:

Facturas médicas: \$_____/mes
Facturas de farmacia: \$_____/mes
Otro: (p. ej., préstamos, renta, cable, comida teléfono, servicios públicos,) \$_____/mes

¿Hay algún tercero potencialmente responsable por sus gastos médicos (es decir, seguro de automóvil, compensación de los trabajadores, demanda)? Sí No

Yo certifico que no puedo pagar todos los costos de los servicios necesarios y que la información que he proporcionado a CHRISTUS Health es verdadera y exacta. Entiendo que CHRISTUS Health usará esta información para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. He divulgado todos mis activos e ingresos. Si no se declaran los activos o ingresos podría resultar en un recurso legal, incluyendo cargos penales. Yo acepto informar cualquier cambio en mi situación financiera a CHRISTUS Health. Autorizo a CHRISTUS Health, o a cualquier agencia de informes de crédito, a investigar cualquier referencia, declaración, empleo u otra información proporcionada por mí o por cualquier otra persona con relación a mi responsabilidad crediticia y financiera.

Firma del paciente/Fiador _____ Fecha _____

Firma del cónyuge _____ Fecha _____