



Incluido se encuentra una aplicación de Hendrick Medical Center para asistir con los servicios del hospital.

Por favor, llene este formulario completamente y precisamente y devuélvalo a nosotros en el mismo sobre que hemos proporcionado pre-impreso. La aplicación nos ayudará a determinar el porcentaje de descuento que usted puede calificar.

Por favor no deje ningún blanco sin contestar. Si algunas preguntas no se aplican a usted o a su situación, por favor indique con un N/A (no aplicable).

Nuestras guías requieren:

- 1) Dos talones de cheques actuales.
- 2) La declaración de impuestos completa del año anterior.
- 3) Estados de cuenta bancarios de los dos últimos meses completos (todas las páginas) de cuentas bancarias abiertas (conjuntas o individuales de cheques y de ahorros).
- 4) Si no hay una cuenta de cheques y el cheque es depositado directo a una tarjeta de débito, se requiere una copia de la tarjeta.

Si el solicitante no tiene ninguna cuenta de cheques o ahorros, por favor indíquelo escribiendo NADA en el espacio adecuado. No escriba un cero (0). La aplicación no se procesará. Si usted ya no archiva una declaración de impuestos indíquelo por favor en la forma. Información adicional puede solicitarse una vez que revisemos la aplicación. No proporcionar la información requerida o dejar preguntas sin contestar en el formulario puede resultar en una denegación de asistencia.

Sinceramente,

Departamento de Asistencia de Recursos del Paciente

325-6704160

Hendrick Medical Center

Mabee Building, 1900 Pine St

Abilene, Texas 79601

MRN _____

SOLICITUD PARA ASISTENCIA | HENRICK HEALTH SYSTEM

Nombre del Paciente _____ Telefono _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Lista de miembros en el hogar:

NOMBRE	SEGURO SOCIAL	RELACION AL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

El que paga cuenta: _____ Dirección _____ Telefono _____

¿Tiene seguro de salud? _____ ¿Los menores de edad están en Medicaid o Chip?

Ha solicitado por: CIHCP _____ Medicaid _____ DARS _____ otros _____ cuándo? _____

¿Ha solicitado por SSI/SSD? ___ ¿Sí ___ No ___ fecha aplicada _____ pendiente? Sí ___ No ___

¿Tiene usted un abogado? Si ___ No ___ Si tiene abogado, el nombre _____ dirección _____ y numero de teléfono del abogado _____

INFORMACION DE FINANZAS

INGRESOS (Incluya Prueba de Ingresos---La Solicitud no se puede procesar sin los ingresos)

Nombre del asalariado: _____

Lugar del Empleo _____

Tiempo en El Trabajo? _____

Promedio de Ingresos Mensuales \$ _____

Otra fuente de ingresos (SSI/SSD, discapacidad, jubilación, Seguro Social, otra jubilación, Pensión de VA, Propiedad de alquiler, Compensacion de los trabajadores, desempleo, manutención, etc.)

_____ \$ _____
_____ \$ _____

Si no hay ingresos, cómo paga sus gastos de la vida:

EFFECTIVO Y RECURSOS (INCLUYA DECLARACIONES COMPLETAS DEL BANCO/CAJA)

Balance de Cheques \$ _____ Balance de Ahorros \$ _____

Valor de rescate de Seguro de Vida \$ _____

Valor actual en efectivo de otros activos líquidos: (acciones, bonos, CD, fondos mutuos, etc.) \$\$ _____

Auto (1) Año y clase _____ Valor del auto _____

Auto (2) Año y clase _____ Valor del auto _____

¿Casa--Renta o Propietario _____

Otra Propiedad? _____

GASTOS y DEUDAS

Gastos Diarios (alquiler/hipoteca, servicios públicos, teléfono, Cable, Pagos de Auto, primas, etc.) \$ _____

Gastos médicos de Hendrick Medical Hospital \$ _____

EXPLIQUE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SUCEDEN SI USTED PAGARIA ESTA CUENTA DEL HOSPITAL

Certifico que la información anterior es exacta y completa. Autorizo a Hendrick Medical Center en contactar a los empleadores y a investigar mi historia de crédito.

Firma: _____ fecha _____

Asistido por un representante de HMC _____ fecha _____



Fecha _____

RE: _____

Señor/Señora _____

DIVULGACIÓN DE LA IDSP (INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA)

A Quien Pueda Interesar:

_____ Soy el/la paciente anterior y autorizo a Hendrick Medical Center para discutir y obtener información financiera necesaria para el pago o asistencia financiera, que puede incluir la divulgación de mi información de salud protegida (IDSP), con la siguiente persona (s):

Nombre _____ Relacion _____

Nombre _____ Relacion _____

Firma _____ fecha _____

INFORMACION DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS

Nombre _____ Telefono _____

Direccion _____ Ciudad _____ Zona Postal _____

Nombre _____ Telefono _____

Direccion _____ Ciudad _____ Zona Postal _____