



## LEA CUIDADOSAMENTE

Adjunto encontrará la solicitud de Hendrick Medical Center solo para asistencia con sus servicios hospitalarios.

Llene este formulario en su totalidad y de forma precisa y envíenoslo en el sobre franqueado con su dirección que le hemos proporcionado. La solicitud nos ayudará a determinar el monto del descuento al que usted puede calificar.

Por favor, **no deje espacios sin responder en el formulario**. Si algunas preguntas no aplican a usted o a su situación, **por favor, escriba N/A (no aplica), no escriba 0 (cero)**.

Nuestros lineamientos exigen:

- Copia impresa de dos talones de pago actuales. No se acepta el depósito directo.
- Declaración de impuestos completa del año anterior. Si usted solicitó una extensión, necesitamos una carta de extensión.
- Extractos bancarios completos de los últimos dos meses (todas las páginas) de cualquier cuenta bancaria abierta (conjunta y/o individual de cuenta corriente y de ahorro).
- Se requiere una copia de la tarjeta si no tiene una cuenta corriente y el pago de nómina se deposita directamente en una tarjeta de débito o de pago.

Si el solicitante no tiene cuenta corriente ni de ahorros, por favor escriba NINGUNA en el espacio adecuado. **No escriba cero (0). La solicitud no será procesada.** Si usted ya no declara impuestos, indíquelo en el formulario. Una vez se revise la solicitud, es posible que se le pida información adicional. Si no se proporciona la información requerida o si deja preguntas sin responder en el formulario, se podría denegar la asistencia.

Cordialmente,  
Departamento de Asistencia de Recursos del Paciente  
325-670-4160  
Hendrick Medical Center  
1900 Pine Street  
Abilene, Texas 79601

MRN \_\_\_\_\_

# Hendrick Health System Solicitud Para Asistencia

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

Lista de miembros en el hogar: \_\_\_\_\_

<u>NOMBRE</u>	<u>SEGURO SOCIAL</u>	<u>RELACION AL PACIENTE</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>	<u>EDAD</u>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Garantor a cuenta: \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Tiene Seguro de salud? \_\_\_\_\_ Los Menores de edad estan en Medicaid or Chip? \_\_\_\_\_

Ha Solicitado por: CIHCP \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Si ha presentado un solicitud, porfavor de detalles \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE FINANZAS

### INGRESO (incluya prueba de ingreso- La solicitud no se pude procesar sin puebas)

<u>Nombre del asalarido</u>	<u>Lugar de Empleo</u>	<u>Tiempo en El tabajo</u>	<u>Ingreso mensual estimado</u>
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Otra fuente de ingreso (SSI/SSD, discapacidad, Seguro Social, otra jubilacion, Pension de VA, Propiedad de Alquiler, Compensacion de los trabajadores, desempleo, manutencion, etc.)

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Si no hay ingresos, como cubre sus gastos de la casa:

### 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 effective do otros activos liquidos:(acciones, bonos, CD, fondos mutuos, etc) \$ \_\_\_\_\_

Auto(1) Ano y clase \_\_\_\_\_

Auto(2) Ano y clase \_\_\_\_\_

CASA Renta o Propietario \_\_\_\_\_ Otra Propiedad \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certifico que la informacion anterior es exacta y complete. Autorizo a Hendrick Medical Center en contactar a los empleadores y a investigar mi historia de credito.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Asistido por representante de HMC \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Fecha: \_\_\_\_\_

RE: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

**DIVULGACION DE LA IDSP (INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA)**

A Quien Pueda Interesar:

\_\_\_\_ Soy el/la paciente anterior y autorizo a Hendrick Medical Center para discutir y obtener informacion financier necesaria para el pago o asistencia financier, que puede incluir la divulgacion de mi information de salud protegida (IDSP), con la siguiente persona (s):

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS**

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_