



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

Por favor, llene este formulario completamente y devuelvalo en el mismo sobre que hemos proporcionado pre-impreso. La aplicacion nos ayudara a determinar el porcentaje de descuento que usted o a su situacion, por favor indique con un N/A (no aplicable).

Nuestras guias requieren:

1. Dos talones de cheques actuales
2. La declaracion de impuestos completa del ano anterior
3. Estados de cuenta bancarios de los dos ultimos meses completos (todas las paginas) 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 debito, 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 ponga un cero (0). La aplicacion no se procesara. Si usted ya no declara impuestos indíquelo por favor en la forma. Informacion adicional puede solicitarse una vez que revisemos la aplicacion. No proporcionar la informacion requerida o dejar preguntas sin contestar en el formulario puede resultar en una negacion de asistencia.

Sinceramente,

Departamento de Asistencia de Recursos del Paciente

325-670-4160

Hendrick Medical Center

Mabee Building, 1900 Pine St.

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 \_\_\_\_\_