

# Solicitud de Asistencia financiera

Números de cuentas del paciente		Indique el hospital/centro en donde recibió tratamiento	
Apellido del paciente	Primer nombre del paciente	N.º de Seguro Social del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
Apellido del garante (si es diferente)	Primer nombre	N.º de Seguro Social del garante	Fecha de nacimiento del garante
Dirección de la casa del garante		Número de teléfono de casa	
Ciudad	Estado	Código postal	
Nombre del empleador del garante	Departamento/función laboral del garante		
Dirección del empleador del garante		Teléfono del empleador del garante	
Ciudad	Estado	Código postal	
Nombre del empleador del cónyuge	Departamento/función laboral del cónyuge		
Dirección del empleador del cónyuge		Teléfono del empleador del cónyuge	
Ciudad	Estado	Código postal	

## Personas en el grupo familiar (incluido el solicitante)

Nombre	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Empleador	Ingresos anuales
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

## First Texas Hospital Solicitud de Asistencia financiera (continuación)

Para poder determinar quién verdaderamente califica para recibir asistencia financiera, primero debemos exigir que se presente la información que se indica a continuación para demostrar la dificultad económica. Favor de completar la solicitud y devolverla con todos los elementos que se indican a continuación. Si no puede proporcionar alguno de los documentos o hay factores adicionales que podrían influir en la evaluación, favor de enviar una declaración escrita explicando su situación.

### Documentación requerida:

1. Copia del documento de identificación válido
2. Constancia de residencia
3. **Comprobante de los ingresos anuales de todos los miembros de la familia\* en los 12 meses anteriores a la fecha en la que se proporcionaron los servicios de First Texas Hospital.** Esto podría incluir las declaraciones de impuestos sobre ingresos más recientes o comprobantes de pago de su último período de pago. Si trabaja por cuenta propia, incluya el Anexo C con su declaración de impuestos. Si estas no están disponibles, escriba una explicación en una hoja por separado, indicando su situación financiera durante los últimos tres meses, y envíela junto con esta solicitud.

\*La familia de un paciente incluye:

- a) Para las personas mayores de 18 años de edad, un cónyuge, una pareja de hecho, según se define en la Sección 297 del Código de familia y los hijos dependientes menores de 21 años de edad, ya sea que vivan o no en el hogar.
- b) En el caso de los menores de 18 años de edad, los padres, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años de edad a cargo del padre o del cuidador.

Al firmar a continuación, usted acepta que se le considere para recibir Asistencia financiera. Además, usted certifica que todas las declaraciones que se hacen en esta solicitud son verdaderas y completas según su conocimiento. En el caso que se determine que la información que proporcionó está incompleta o es falsa, se puede revertir cualquier descuento sobre su factura y se le podría pedir que pague la totalidad. Al firmar a continuación, usted autoriza a First Texas Hospital para que verifique las referencias y el historial crediticio para poder evaluar esta solicitud para considerarla para la asistencia financiera.

Si usted recibe un pago de una compañía aseguradora, plan de compensación de los trabajadores o cualquier otro tercero, usted acepta informar al hospital sobre dicho pago. El hospital conserva su derecho a cobrar los cargos facturados completos y originales en el caso que un tercero le provea el pago por los servicios hospitalarios.

Firma de la persona responsable de la cuenta (Garante)

Fecha

### Envíe la solicitud completa y los materiales de respaldo a:

Fax: 713-524-3054

Teléfono: 1-855-378-1142

Escanéelo y envíelo por correo electrónico a: [marielagarcia@resource-corp.com](mailto:marielagarcia@resource-corp.com)

Correo:

First Texas Hospital

9922 Louetta Rd.

Houston, TX 77070

