

Solicitud de Asistencia Financiera

Estimado paciente y familia:

Cumpliendo con nuestra misión y nuestros valores fundamentales, First Texas Hospital está comprometido con proporcionar atención médica a las personas, sin importar cuál sea su capacidad de pago.

Sabemos que puede ser difícil pagar las facturas médicas y en ocasiones, se necesita asistencia. Si no tiene un seguro médico o está preocupado por no poder pagar todo o parte de sus servicios de atención médica, puede presentar una solicitud para nuestro programa de asistencia financiera al completar los puntos de la siguiente lista. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Representante de Asistencia financiera al 1-855-378-1142.

Trabajaremos con usted para ver si califica para AHCCCS, Medicare, Administración de veteranos, discapacidad y muchos más.

Nuestro programa de asistencia financiera se basa en los ingresos del grupo familiar. Para que se le considere para recibir asistencia, debe proporcionar lo siguiente:

- El formulario de solicitud completo y firmado
- Copias de los estados de cuenta de los ingresos de cada persona del grupo familiar de un mes como mínimo (comprobantes de pago, Seguro Social, desempleo, jubilación pensiones, etc.)
- Copia del documento de identificación válido
- Constancia de residencia

Complete y devuelva este formulario con la documentación de respaldo a:

First Texas Hospital Financial Assistance Program
9922 Louetta Rd. Houston, TX 77070

****Sin los elementos indicados anteriormente, es posible que no podamos procesar su solicitud****

Devuelva esta solicitud en un plazo de 20 días de su factura inicial. Le informaremos sobre nuestra decisión por escrito.

Atentamente,

First Texas Hospital