

Solicitud de ayuda financiera

Gracias por elegir Central Texas Rehabilitación Hospital. Central Texas Rehabilitación Hospital es un ministerio católico de atención médica cuya misión nos inspira a cuidar y mejorar la salud de aquellos a quienes atendemos, con un especial interés por los pobres y los vulnerables. En apoyo a nuestra misión, ofrecemos ayuda financiera a pacientes que no pueden pagar la atención médica.

Si usted no puede pagar los servicios médicos que recibe, puede solicitar ayuda financiera. Central Texas Rehabilitación Hospital revisará su solicitud para determinar si usted o su familiar califican para recibir ayuda gubernamental, como Medicaid, ayuda comunitaria o ayuda financiera.

La ayuda financiera para los servicios médicamente necesarios es limitada y no está prevista para reemplazar la planificación financiera razonable, la cobertura de seguro médico o la financiación pública disponible para las cuales usted califique.

Instrucciones para completar esta solicitud:

Complete la Solicitud de ayuda financiera adjunta e incluya la documentación obligatoria que se enumera a continuación. ***¡No deje ningún punto en blanco!*** Su solicitud no puede procesarse si la información proporcionada está incompleta.

Su solicitud se evaluará de acuerdo con la Sección 311 del Código de Salud y Seguridad de Texas, y con las pautas establecidas en la Sección 501-R de la Ley de Atención de Salud Asequible (Affordable Care Act). Tenemos la obligación de determinar su elegibilidad para recibir ayuda según las pautas federales de pobreza y todas las fuentes de ingresos para usted y su familia. En algunos casos, además de sus ingresos, tenemos la obligación de considerar sus recursos financieros, activos y bienes no exentos.

En consecuencia, es obligatorio que brinde la siguiente documentación con respecto a su solicitud. Antes de que podamos procesar la solicitud, se debe incluir una constancia de ingresos por cada miembro del grupo familiar. Si no tiene un documento, indique N/D junto al documento faltante. Toda la información recibida estará sujeta a verificación.

Incluya todos los documentos que correspondan:

- _____ Declaración de impuestos más reciente de cada miembro de la familia que trabaje (*Se acepta la declaración del año anterior hasta el 15 de abril*)
Por ejemplo: Se aceptará la declaración de impuestos del año 2015 hasta el 15 de abril de 2017.
- _____ Talones de cheques; los **tres** períodos de pago más recientes para cada miembro de la familia que trabaje
- _____ Carta del empleador con membrete de la compañía en la que se confirme el monto de ingresos declarado en la solicitud
- _____ Carta de la oficina de desempleo
- _____ Carta de la Oficina de Seguro Social o copia del cheque de Seguro Social
- _____ Documentación sobre cualquier otra forma de ingresos, como *manutención infantil, pensión de alimentos, ingresos de jubilación, fondos de fideicomisos, etc.*

(CONTINÚA EN LA PARTE DE ATRÁS)

- _____ Carta de determinación para programas con financiación pública o fuentes de pagos externas, como *Medicaid Advantage Plus (MAP), Medicaid, Declaración de responsabilidad en accidente automovilístico, etc.*
- _____ Carta de determinación para programas de ayuda gubernamental, como *cupones de alimentos, Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children, WIC), vivienda subsidiada, etc.*
- _____ Carta de recomendación de un familiar, amigo, etc.
- _____ Certificado académico oficial
- _____ Constancia de dirección, como *factura de servicios, estado de cuenta, resumen de la tarjeta de crédito, etc., de los últimos 3 meses*

Si está inscrito en uno de los programas de ayuda gubernamental que se indican en la Solicitud de ayuda financiera, no es necesario que incluya más información de ingresos aparte de la constancia de inscripción o las cartas de adjudicación asociadas con ese programa de ayuda gubernamental.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llame a los números de teléfono que se indican a continuación:

Central Texas Rehabilitation Hospital
<u>NÚMERO LOCAL:</u> (512) 407-2111
<u>Línea gratuita de larga distancia:</u> 1-888-813-0756

Envíe este formulario por correo, junto con su Solicitud de ayuda financiera completa, a una de las siguientes direcciones:

Central Texas Rehabilitation Hospital Services Attn: Financial Assistance 7333 N. Freeway Suite 500 Houston, TX 77076
--

Una vez enviada toda la información, se procesará su solicitud y se enviará una notificación sobre la decisión tomada a la dirección del garante que conste en el expediente. Su elegibilidad para recibir ayuda financiera será válida por 30 días. Pasados los 30 días de la solicitud inicial, debe volver a enviar la solicitud para recibir la ayuda adicional necesaria. De manera similar, si va a solicitar ayuda financiera en forma retroactiva, la determinación de elegibilidad se aplicará a los saldos pendientes.

Solicitud de ayuda financiera

N.º de cuenta(s) de Seton: _____ Saldo(s) de cuenta: _____ N.º de EM: _____

Nombre del paciente: _____
 N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____
 Garante: _____ N.º de Seguro Social del garante: _____
 Dirección: _____ N.º de teléfono: _____
 Ciudad: _____ País: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información de ingresos

Cant. de dependientes: _____ Cant. de personas que reciben ingresos: _____ Salario bruto mensual: \$ _____
 Ingreso mensual por desempleo: \$ _____ Ingreso mensual por manutención infantil: \$ _____
 Ingreso mensual por pensión de alimentos: \$ _____ Recibos por fondos de fideicomisos: \$ _____
 Beneficios mensuales de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): \$ _____
 Otros ingresos mensuales: \$ _____
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES \$ _____

SE DEBE INCLUIR INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA CADA TIPO DE INGRESO ENUMERADO

Ayuda gubernamental

MARQUE todas las opciones que correspondan

- Cupones de alimentos Programa para mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC) Vivienda subsidiada
 MAP Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CCHC)
 Texas Medicaid/CHIP Medicaid (de un estado *que no sea* Texas): _____
 Programa de atención para indigentes del condado (nombre del condado): _____
 Seton Care Plus (SCP) Music Seton Care Plus (MSCP)

SE DEBE INCLUIR INFORMACIÓN DE RESPALDO PARA CADA TIPO DE AYUDA INDICADA

Sección de información de activos

Incluya todos los valores que correspondan

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Acciones | Valor \$ _____ | <input type="checkbox"/> Bonos | Valor \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> IRA | Valor \$ _____ | <input type="checkbox"/> Residencia secundaria | Valor \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Embarcación | Valor \$ _____ | <input type="checkbox"/> Automóviles de colección | Valor \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Casa rodante | Valor \$ _____ | <input type="checkbox"/> Automóviles no indispensables | Valor \$ _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Otros artículos de lujo | Valor \$ _____ |

VALOR TOTAL DE ACTIVOS \$ _____

CERTIFICACIÓN: Certifico que la información que antecede es verdadera, correcta y completa, según mi leal saber y entender. Entiendo que la información podría divulgarse a los efectos de presentar informes de atención médica sin ningún tipo de compensación.

Firma del paciente/garante: _____ Fecha: _____

Completado por: _____ Fecha: _____