



**Texas Health**  
Resources<sup>SM</sup>



**Texas Health**  
Partners

	Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano	PO Box 676290 Dallas, TX 75267-6290
	Texas Health Flower Mound	PO Box 677300 Dallas, TX 75267-7300
	Texas Health Rockwall	PO Box 676882 Dallas, TX 75267-6882
	Texas Health Southlake	PO Box 676281 Dallas, TX 75267-6281
	Texas Institute for Surgery and Texas Health Presbyterian Hospital Dallas	PO Box 676075 Dallas, TX 75267-6075

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Garante: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha del Servicio: \_\_\_\_\_

N.º Cuenta del Hospital \_\_\_\_\_ N.º de Historial Médico \_\_\_\_\_

Adjunto encontrará la Solicitud del Programa de Beneficencia de Texas Health Resources Joint Venture correspondiente a las instalaciones enumeradas anteriormente. Marque el establecimiento para el cual va destinada la solicitud. El que usted complete esta solicitud nos permitirá presentar su cuenta para consideración de la ayuda económica para sus facturas del hospital. Esto es solo para sus gastos del hospital.

Entendemos su deseo de privacidad. En consecuencia, salvo a los fines de verificación, la información incluida en su solicitud será tratada como información confidencial. Solo se compartirá dentro de Texas Health Partners según la necesidad de conocerla.

Completar cada elemento de la aplicación, en su totalidad. Si necesita espacio adicional para las explicaciones, utilice el dorso de la solicitud o una hoja por separado. Si no se presenta una solicitud completada esto puede dar lugar a una denegación de la consideración de la beneficencia.

Los ingresos se revisarán en bruto y no en neto (después de las deducciones). Proporcione copias de sus comprobantes de sueldo del mes actual y de dos meses anteriores o un comprobante de cualquier otra forma de ingreso para el hogar. Si trabaja por cuenta propia, proporcione una copia de su declaración de impuesto sobre la renta personal más recientemente y un estado de ganancias y pérdidas actual. La falta de presentación de la documentación solicitada puede dar lugar a la denegación de la consideración de la beneficencia.

Es extremadamente importante que complete esta solicitud al recibirla y que la devuelva dentro de un plazo de 15 días a partir de la fecha de esta carta.

Si tiene dificultades para llenar esta solicitud o si hay un área que no esté clara, llame al representante del establecimiento en el que esté trabajando si esta solicitud se está completando antes de la prestación de los servicios o al 972-419-1535 o 800-715-7210 para contactarse con el servicio de atención al cliente si los servicios ya han sido prestados.

Se agradece su cooperación.



**Texas Health**  
Resources<sup>SM</sup>



**Texas Health**  
Partners<sup>SM</sup>

**SOLICITUD DE ASISTENCIA DE BENEFICENCIA – Página 1**

Nombre del Paciente: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ N.º de Cuenta del Hospital \_\_\_\_\_

Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_

- ¿Tiene hijos menores de edad (menores de 18 años)? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Viven con usted? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Son sus hijos biológicos/legalmente adoptados? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿El paciente tiene empleo? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿El cónyuge tiene empleo? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Tiene seguro médico? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Se encuentra incapacitado? ¿Desde hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
- ¿Es usted un veterano? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**MIEMBROS DE LA FAMILIA – (Que viven en la casa)**

Cónyuge: \_\_\_\_\_

Niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**\*\*Los hijos mayores de 18 años deben ser estudiantes de tiempo completo o contabilizados como una**

**INGRESOS (Importe Mensual)**

**Brutos**

**Netos**

**GASTOS (Importe Mensual)**

Paciente	\$ _____	\$ _____	Hipoteca/Renta	\$ _____
Cónyuge	\$ _____	\$ _____	Seguro de Propietario de Vivienda	\$ _____
Dependientes	\$ _____	\$ _____	Impuesto sobre la Propiedad	\$ _____
Asistencia Pública	\$ _____	\$ _____	Servicios Públicos	\$ _____
Cupones de Comida	\$ _____	\$ _____	Alimentos	\$ _____
Seguro Social	\$ _____	\$ _____	Pago de Automóvil	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____	Seguro de Automóvil	\$ _____
Beneficios por Huelga	\$ _____	\$ _____	Gasolina	
Indemnización al Trabajador	\$ _____	\$ _____	Cuidado de Niños	
Pensión Alimenticia	\$ _____	\$ _____	Tarjetas de Cargo (Total por mes)	
Manutención de Menores	\$ _____	\$ _____	Préstamos	
Asignaciones Militares	\$ _____	\$ _____	Seguro Médico	
Pensiones	\$ _____	\$ _____	Otro (especifique)	\$ _____
Ingresos provenientes de: Certificados de Depósito, Alquileres, Dividendos, Intereses	\$ _____	\$ _____		\$ _____
<b>TOTAL</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>	<b>TOTAL</b>	<b>\$ _____</b>

deducción en su declaración de impuestos. \*\*



**Texas Health**  
Resources<sup>SM</sup>



**Texas Health**  
Partners

**SOLICITUD DE ASISTENCIA DE BENEFICENCIA – Página 2**

**Solicitante 1/Paciente**

**Solicitante 2/Cónyuge**

**ACTIVOS:**

Cuenta Corriente	\$ _____	\$ _____
Cuenta de Ahorro	\$ _____	\$ _____
Certificados de Depósito	\$ _____	\$ _____
Cuentas de Jubilación Individuales	\$ _____	\$ _____
Inversiones (acciones, bonos)	\$ _____	\$ _____
Terreno/Propiedad	\$ _____	\$ _____
Otro	\$ _____	\$ _____

**VEHÍCULOS:**

**Marca**

**Valor Estimado**

Automóvil N.º 1		\$ _____
Automóvil N.º 2		\$ _____
Motocicleta		\$ _____
<b>TOTAL</b>	\$ _____	\$ _____

**INFORMACIÓN DE EMPLEO:**

Nombre del Empleador del Solicitante:
N.º de Teléfono:
Dirección del Empleador:
Ocupación:

Nombre del Empleador del Cónyuge:
N.º de Teléfono:
Dirección del Empleador:
Ocupación:

¿Actualmente tiene una solicitud para beneficios de Medicaid? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado asistencia a través de un hospital/programa para indigentes de su condado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Está su médico donando sus servicios? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Hay una tercera persona potencialmente responsable de su accidente/lesión/enfermedad? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Hay alguien que lo ayuda con el pago de sus facturas del hospital? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Quién lo está ayudando? \_\_\_\_\_

¿Cuánta asistencia está recibiendo? \$ \_\_\_\_\_



Texas Health Resources<sup>SM</sup>



Texas Health Partners

### SOLICITUD DE ASISTENCIA DE BENEFICENCIA – Página 3

Escriba cualquier otra información que considere que sería útil para que nosotros determinemos su elegibilidad para recibir ayuda en el pago de su factura del hospital: \_\_\_\_\_

Escriba los ingresos o fondos que espera recibir durante su tiempo libre debido a su enfermedad (es decir, licencia por enfermedad, tiempo libre remunerado, ingresos por discapacidad a corto o largo plazo, etc.): \$ \_\_\_\_\_

Indique el período de tiempo estimado en el que no podrá trabajar o ganar un salario: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN:**

Entiendo que (*Nombre del Hospital*) puede verificar la información financiera contenida en esta solicitud y autorizo al hospital para ponerse en contacto con mi empleador a fin de certificar la información proporcionada y solicitar informes a agencias de informes de crédito. Soy consciente de que esta información será utilizada para determinar mi elegibilidad para la asistencia de beneficencia y que la falsificación de la información en esta solicitud puede dar lugar a la denegación de la asistencia de beneficencia. También entiendo que cualquier aprobación de beneficencia puede ser completa o parcialmente revertida, en caso del resarcimiento de un tercero o de otra fuente.

También entiendo que cualquier beneficencia que reciba no se interpretará como una renuncia por parte del hospital de **su derecho de retención para el reembolso** de los cargos facturados en su totalidad y que cualquier reembolso que reciba en relación con esta hospitalización se debe enviar a (*Nombre del Hospital*).

\_\_\_\_\_  
Firma del **Solicitante** (Si es el Paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del **Solicitante** (Si NO es el Paciente)

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Fecha

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono de la Casa

\_\_\_\_\_  
Condado de Residencia

**Documentos necesarios para procesar la solicitud:**

1. **Solicitud completa. Debe completarse en su totalidad.**
2. **Declaración de impuestos del año anterior. Debe determinar el ingreso y el estado de los dependientes.**
3. **Recibos de sueldo más recientes para todos los solicitantes. Se necesitan los últimos dos o tres recibos.**