

Hoja de información e instrucciones

¿Cómo aplico para la asistencia financiera?

Para aplicar a la asistencia financiera usted debe completar un Resumen Financiero.

¿Qué hago una vez haya completado el Resumen Financiero?

Usted puede::

- 1) Enviarlo por correo al Hospital Pediátrico Driscoll y remitirlo a:

Oficina de Admisiones
 1st Floor P.O. Box 6530
 Corpus Christi, Texas 78466

o

- 2) Puede ir a dejarlo personalmente a la Oficina de Admisiones localizada en el primer piso del hospital detrás de la tienda de regalos cualquier día de la semana entre 7:00 a.m. y 8:00 p.m.

¿Necesito proporcionar alguna información con mi solicitud?

Si, solo debe proporcionar una copia de una identificación válida o la licencia de conducir del estado de Texas, validación de ingresos mediante cualquiera de los documentos que se muestran a continuación:

1	Formulario W-2 del IRS	8	Verificación del empleador
2	Comprobante de sueldo	9	Extracto de cuenta bancaria
3	Declaración de impuestos	10	Certificación escrita
4	Seguro Social	13	Otros
5	Seguro de compensación de trabajadores		
6	Carta de compensación para desempleados		
7	Programa Gubernamental de Ingresos Federales		

¿Cómo hago para saber si recibiré asistencia para pagar mi cuenta hospitalaria?

Puede contactarnos al teléfono: (361) 694-4758.

¿La asistencia financiera pagará las facturas del médico y otras facturas por esta visita?

No. La asistencia financiera del Hospital Pediátrico Driscoll no pagará las facturas del médico, las interpretaciones de rayos X ni los servicios auxiliares. No se cubrirán las recetas o servicios que no se reciban en el Hospital Pediátrico Driscoll.

Si no recibo una notificación y necesito llevar a mi hijo a Driscoll, ¿Lo atenderán?

Sí. Su hijo será atendido. Mientras esté en el hospital, puede hablar con un asesor financiero en la Oficina de Admisiones o en el mostrador de alta del Departamento de Emergencias para consultar sobre el estado de su solicitud.



Resumen Financiero

INFORMACION DEL APLICANTE:

Nombre: _____ Sexo Masculino Femenino

Apellidos Primer nombre Segundo nombre

Relación con el paciente: Paciente Padre Madre Guardián legal

Teléfono #: (_____) _____ - _____

¿Quién es legalmente responsable por los cuidados médicos del paciente? Padre Madre Ambos Guardián: _____

MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	Número del Seguro Social

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Masculino Femenino

Apellidos Primer Nombre Segundo Nombre

Número del Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: Mes _____ día _____ año _____

Lugar de nacimiento: Ciudad/Estado _____ Condado: _____

Es usted un residente legal en Texas?: No Si Si no lo es: visa turista visa de estudiante Permiso para trabajar

¿El paciente cuenta con seguro médico? No Si – Por favor presente una copia de su credencial del seguro

Si respondió que si, ¿A través de quien?: Ambos Madre Padre Paciente Otro

Si respondió otros, por favor díganos el nombre y su relación con el paciente:

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/GUARDIANES LEGALES DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE

 Apellidos Primer nombre Segundo nombre

Número de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: Mes: ____ Día: ____ Año: ____

Teléfono #: (_____) _____ - _____

Ocupación: _____

Nombre de su empleador: _____ Tiempo de laborar: _____

Dirección de empleo: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Ingresos mensuales: \$ _____ \$ _____ por hora Número de horas por semana: _____

Salario – exento Sin salario – no exento Otro ¿Cada cuanto le pagan? Semanal Quincenal Mensual

Con vida Residente legal de Texas? Si No
 Fallecido Dirección en caso sea diferente a la del paciente:
 Casado Calle: -----
 Soltero Separado Ciudad: _____
 Divorciado Estado: _____ Código Postal: _____
 Viudo Teléfono de oficina #: (_____) _____ - _____

Resumen Financiero

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE			<input type="checkbox"/> Con vida <input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda	Residente legal de Texas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dirección en caso sea diferente a la del paciente: _____ Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
-----	-----	-----		
Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre		
Número de Seguro Social: _____				
Fecha de Nacimiento: Mes: ____ Día: ____ Año: ____				
Teléfono #: (_____) _____ - _____			Teléfono de oficina #: (_____) _____ - _____	
Ocupación: _____				
Nombre de su empleador: _____			Tiempo de laborar: _____	
Dirección de empleo: _____			Ciudad: _____	Código Postal: _____ Teléfono: _____
Ingresos mensuales: \$ _____			\$ _____ por hora	Número de horas por semana: _____
<input type="checkbox"/> Salario – exento <input type="checkbox"/> Sin salario – no exento <input type="checkbox"/> Otro			¿Cada cuanto le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	

NOMBRE COMPLETO DEL GUARDIÁN LEGAL			<input type="checkbox"/> Con vida <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Residente legal de Texas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dirección en caso sea diferente a la del paciente: _____ Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
-----	-----	-----		
Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre		
Número de Seguro Social: _____				
Fecha de Nacimiento: Mes: ____ Día: ____ Año: ____				
Teléfono #: (_____) _____ - _____			Teléfono de oficina #: (_____) _____ - _____	
Ocupación: _____				
Nombre de su empleador: _____			Tiempo de laborar: _____	
Dirección de empleo: _____			Ciudad: _____	Código Postal: _____ Teléfono: _____
Ingresos mensuales: \$ _____			\$ _____ por hora	Número de horas por semana: _____
<input type="checkbox"/> Salario – exento <input type="checkbox"/> Sin salario – no exento <input type="checkbox"/> Otro			¿Cada cuanto le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	

MEDICAID AND OTHER BENEFITS:

¿Medicaid cubre al paciente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		Si respondió que si, Número de Medicaid del paciente: _____
Número de Medicaid de la madre: _____		¿Medicare cubre al paciente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Si respondió que si, Número de Medicare del paciente: _____		
Otros beneficios que reciba: <input type="checkbox"/> Estampillas de comida Monto \$ _____ <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Otros: _____		
¿El paciente u otros miembros del hogar reciben beneficios de otros programas, actividades de recaudación de fondos, organizaciones benéficas especiales, obsequios y/o donaciones?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		
Si respondió que si, por favor ¿Díganos cuáles?:		
1.	_____	Monto \$: _____
2.	_____	Monto \$: _____

Resumen Financiero

OTROS INGRESOS: Marque SI o NO en cada elemento e ingrese el monto si la respuesta es SI

Tipo	No	Si	Si respondo que si, indique el monto mensual: \$	Tipo	No	Si	Si respondo que si, indique el monto mensual: \$
Manutención infantil				Compensación por desempleo			
Seguro Social				Alquiler			
Incapacidad del Seguro Social				Ingreso por discapacidad			
Beneficio de sobrevivientes del Seguro Social				TANF			
Compensación laboral				Otros			

TIPO DE VIVIENDA: (marque una)

Casa Propia/comprándola Alquiler Viviendo con amigos/Parientes Sin dirección permanente

GASTOS MENSUALES:

Gastos	Pagos	Monto de la deuda	Gastos	Pagos	Monto de la deuda
Casa			Niñeras/os		
Servicios			Automóvil		
Alimentación			Seguro de automóvil		
Acreedores			Total		

VALOR DE LOS ACTIVOS:

1	¿Posee otros bienes raíces? (sin incluir su casa)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si responde si, ¿Valor de mercado actual?	\$
2	Posee una granja?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si responde si, ¿Valor de mercado actual?	\$
3	Cuenta de cheques?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si responde si, ¿Nombre del banco?	
4	Cuenta de ahorros?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si responde si, ¿Nombre del banco?	
5	Seguro de vida con valor en efectivo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si responde si, ¿Nombre de la aseguradora?	
6	Automóviles? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Marca	Modelo	Año	Monto de la deuda
7	Si responde si, detalle Marca/Modelo/Año/deuda >>>				
8	Si responde si, detalle Marca/Modelo/Año/deuda >>>				

Calcule el monto de sus cuentas médicas de los **ÚLTIMOS TRES MESES**: \$ _____

EN CASO DE SER NECESARIO CONTACTARLO CON QUIÉN PODEMOS HABLAR?

Nombre: _____ Teléfono: _____

CERTIFICACIÓN Y DIVULGACION DE INFORMACIÓN

Por la presente certifico que la información anterior es correcta. También doy mi permiso al Hospital Pediátrico Driscoll para divulgar cualquier información médica o financiera que pueda permitir que el hospital encuentre alguna ayuda para pagar los cargos hospitalarios de mi hijo.

FIRMA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL :

X _____ FECHA: _____
 X _____ FECHA: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA Nombre del evaluador: ¿Calificado? No Si _____ %