



## Resumen financiero

### Hoja informativa y de instrucciones

#### ¿Cómo solicito asistencia?

Puede solicitar asistencia completando un resumen financiero.

#### ¿Qué hago con el resumen financiero luego de completar toda la información?

Usted puede:

- 1) Enviarlo por correo postal a Driscoll Children's Hospital,  
Attn: Admitting Office 1<sup>st</sup> Floor  
P.O. Box 6530  
Corpus Christi, Texas 78466
- 2) O bien entregarlo en la Oficina de Admisión ubicada en el primer piso del hospital, detrás de la tienda de regalos, todos los días de 7:00 a.m. a 8:00 p.m.

#### ¿Es necesario proporcionar algún tipo de información junto con mi solicitud?

Sí. Debe proporcionar una copia de una identificación válida o licencia de conducir de Texas, y una validación de ingresos presentando cualquier documentación indicada a continuación.

1	Formulario W-2 del IRS	8	Verificación del empleador
2	Pago de cheque de sueldo	9	Estado de cuenta bancario
3	Declaración de impuestos	10	Certificación escrita
4	Seguro Social	13	Otro
5	Indemnización laboral (Workers' Comp)		
6	Carta de indemnización por desempleo		
7	Programa de Ingresos del Gobierno Federal		

#### ¿Cuándo sabré si recibiré asistencia con mi factura del hospital?

Puede comunicarse con nosotros al (361) 694-4758.

#### ¿La asistencia financiera pagará las facturas del médico y cualquier otra factura correspondiente a esta visita?

No. La asistencia financiera de Driscoll Children's Hospital no pagará las facturas del médico, interpretaciones de radiografías ni servicios auxiliares. Cualquier medicamento recetado o servicio no recibido en Driscoll Children's Hospital no estará cubierto.

#### Si no he recibido la notificación y debo llevar a mi hijo a Driscoll, ¿será atendido?

Sí. Su hijo será atendido. Mientras esté en el hospital, puede hablar con un asesor financiero acerca del estado de su solicitud, ya sea en la Oficina de Admisión o al recibir el alta del Departamento de Emergencias.



## Resumen financiero

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino  
 Apellido Primer nombre Segundo nombre  
 Parentesco o relación con el paciente:  Paciente  Padre  Madre  Tutor  
 Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 ¿Quién es legalmente responsable del cuidado médico del paciente?  Padre  Madre  Ambos  Tutor: \_\_\_\_\_

### MIEMBROS DEL HOGAR:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación o parentesco con el paciente	Seguro Social

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: \_\_\_\_\_  masculino  femenino  
 Apellido Primer nombre Segundo nombre  
 Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_  
 Lugar de nacimiento: Ciudad/Estado Condado: \_\_\_\_\_  
 ¿Es usted residente legal de Texas?  No  Sí Si no es así:  Visa de visitante  Visa de estudiante  Permiso de trabajo  
 ¿Está asegurado el paciente?  No  Sí –Por favor, proporcione una copia de la tarjeta del seguro  
 Si es así, a través de quién:  Ambos padres  Madre  Padre  Paciente  Otro  
 Si es otra persona, por favor proporcione el nombre y el parentesco o relación con el paciente:  
 \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR DEL PACIENTE:

<b>NOMBRE COMPLETO DEL PADRE</b>  ----- Apellido Primer nombre Segundo nombre Seguro Social: ----- Fecha de nacimiento: Mes----- Día ----- Año----- Teléfono: ( _____ ) _____ - _____ Ocupación: ----- Nombre del empleador: _____ Duración del empleo: _____ Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Ingresos brutos: \$ _____ por período de pago \$ _____ pago por hora Horas trabajadas por semana: _____ <input type="checkbox"/> Remunerado – exento <input type="checkbox"/> No remunerado – no exento <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Falleció ¿Es usted residente legal de Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Casado Dirección, si es diferente que la del paciente: Calle:----- <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado Ciudad:----- <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono laboral: ( _____ ) _____ - _____
--	--



## Resumen financiero

<b>NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE</b>			<input type="checkbox"/> Vive ¿Es usted residente legal de Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falleció Dirección, si es diferente que la del paciente: _____ <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera Calle: _____ <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada Ciudad: _____ <input type="checkbox"/> Viuda
----- Apellido	----- Primer nombre	----- Segundo nombre	Estado: _____ Código postal: _____
Seguro Social: -----			Teléfono laboral: (_____) _____ - _____
Fecha de nacimiento: Mes----- Día----- Año-----			Ocupación: -----
Teléfono: (_____) _____ - _____			Nombre del empleador: _____ Duración del empleo: _____
Ocupación: -----			Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____
Nombre del empleador: -----			Ingresos brutos: \$ _____ por período de pago \$ _____ pago por hora Horas trabajadas por semana: _____
Dirección del empleador: ----- Ciudad: ----- Código postal: ----- Teléfono: -----			<input type="checkbox"/> Remunerado – exento <input type="checkbox"/> No remunerado – no exento <input type="checkbox"/> Otro
Ingresos brutos: \$ _____ por período de pago \$ _____ pago por hora Horas trabajadas por semana: _____			Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Remunerado – exento <input type="checkbox"/> No remunerado – no exento <input type="checkbox"/> Otro			

<b>NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR</b>			<input type="checkbox"/> Vive ¿Es usted residente legal de Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falleció Dirección, si es diferente que la del paciente: _____ <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero Calle: _____ <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado Ciudad: _____ <input type="checkbox"/> Viudo
----- Apellido	----- Primer nombre	----- Segundo nombre	Estado: _____ Código postal: _____
Seguro Social: -----			Teléfono laboral: (_____) _____ - _____
Fecha de nacimiento: Mes----- Día----- Año-----			Ocupación: -----
Teléfono: (_____) _____ - _____			Nombre del empleador: _____ Duración del empleo: _____
Ocupación: -----			Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____
Nombre del empleador: -----			Ingresos brutos: \$ _____ por período de pago \$ _____ pago por hora Horas trabajadas por semana: _____
Dirección del empleador: ----- Ciudad: ----- Código postal: ----- Teléfono: -----			<input type="checkbox"/> Remunerado – exento <input type="checkbox"/> No remunerado – no exento <input type="checkbox"/> Otro
Ingresos brutos: \$ _____ por período de pago \$ _____ pago por hora Horas trabajadas por semana: _____			Pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
<input type="checkbox"/> Remunerado – exento <input type="checkbox"/> No remunerado – no exento <input type="checkbox"/> Otro			

**MEDICAID Y OTROS BENEFICIOS:**

¿El paciente está cubierto por Medicaid?  No  Sí Si es así, proporcione el número de Medicaid del paciente: \_\_\_\_\_ Número de Medicaid de la madre: \_\_\_\_\_

¿El paciente está cubierto por Medicare?  No  Sí Si es así, proporcione el número de Medicare del paciente: \_\_\_\_\_

Marque otros beneficios recibidos:  Cupones para alimentos Monto en \$: \_\_\_\_\_  WIC  Otro: \_\_\_\_\_

¿Reciben el paciente u otros miembros del hogar beneficios de otros programas, actividades de recaudación de fondos, organizaciones benéficas particulares, regalos y/o donaciones?:  No  Sí Si es así, por favor, indíquelos a continuación:

1. \_\_\_\_\_ Monto en \$: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Monto en \$: \_\_\_\_\_

**OTRAS FUENTES DE INGRESO: Marque Sí o No para cada ítem y, si la respuesta es afirmativa, indique el monto**



## Resumen financiero

Tipo	No	Sí	Si la respuesta es "sí", monto recibido por mes (en \$)	Tipo	No	Sí	Si la respuesta es "sí", monto recibido por mes (en \$)
Manutención de menores				Indemnización por desempleo			
Seguro Social				Alquiler de propiedades			
Discapacidad del Seguro Social/SSI				Ingresos por discapacidad			
Pensión por fallecimiento del Seguro Social				TANF			
Indemnización laboral				Otro			

**CON QUIÉN VIVE: (marque una opción)**

Es propietario o está comprando una casa  
  Alquila  
  Vive con amigos/parientes  
  Sin domicilio permanente

**GASTOS MENSUALES:**

Gastos	Pago	Cantidad que adeuda	Gastos	Pago	Cantidad que adeuda
Vivienda			Niñeras		
Servicios públicos			Automóvil		
Comida			Seguro de automóvil		
acreedores			<b>Total</b>		

**VALOR DE ACTIVOS:**

1	Sin incluir su hogar, ¿es usted propietario de otros bienes inmuebles?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es "sí", indique el valor actual.	\$
2	¿Es propietario de una granja?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es "sí", indique el valor de mercado actual.	\$
3	¿Cuenta corriente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es "sí", indique el nombre del banco.	
4	¿Cuenta de ahorros?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es "sí", indique el nombre del banco.	
5	¿Seguro de vida con valor en efectivo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es "sí", indique el nombre del seguro.	
6	¿Automóviles? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Marca	Modelo	Año	Cantidad que adeuda
7	Si la respuesta es "sí", indique marca/modelo/año/cantidad que adeuda>>>>				
8	Si la respuesta es "sí", indique marca/modelo/año/cantidad que adeuda>>>>				

Estime el monto de las facturas médicas de los **ÚLTIMOS TRES MESES**: \$ \_\_\_\_\_

¿A QUIÉN PODEMOS CONTACTAR SI NECESITAMOS COMUNICARNOS CON USTED?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Por el presente, certifico que la información anterior es correcta. También autorizo a Driscoll Children's Hospital a divulgar cualquier información médica o financiera que pueda permitirle encontrar algún tipo de asistencia para pagar los cargos de hospital de mi hijo.

Firma del padre, la madre o el tutor: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Sólo para uso de la oficina: Nombre del evaluador: \_\_\_\_\_ ¿Califica?  No    Sí \_\_\_\_\_ %**