



INSTRUCCIONES DE SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

INFORMACIÓN DE SELECCIÓN:

- Complete las preguntas para permitir que nuestros Navegadores de Pacientes lo ayuden en el mejor curso de asistencia financiera.

INFORMACIÓN DEL APLICANTE/SOLICITANTE:

- Escriba su nombre legal completo, en letra de molde
 - Si usted está llenando esta solicitud para alguien más, indique el nombre completo legal y el número de seguro social del paciente para quien se está completando esta solicitud.
- Indique su número de teléfono de casa y de su trabajo, y indique un número de teléfono donde pueda ser localizado durante el día con mayor frecuencia.
- Indique su domicilio actual y el país en el cual usted vive actualmente.

INFORMACIÓN DE FAMILIA:

- Escriba los nombres de todas las personas en su hogar junto con sus edades y si tienen ingresos o no.
- Incluyendo a usted y otras personas relacionadas o no relacionadas en su hogar (favor de utilizar otra hoja de papel si necesita espacio adicional).

INFORMACIÓN DE INGRESO:

- Escriba la cantidad de ingresos que recibió cada miembro del hogar el mes pasado, antes de deducir impuestos o cualquier otra cosa, y de dónde provienen, como ingresos, asistencia social, manutención infantil, seguridad social y otros ingresos.
- **TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN PROPORCIONAR PRUEBA DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PARA VERIFICAR LOS INGRESOS.**
 - Declaración de sueldos y ganancias, talón de cheque, declaración de impuestos individual
 - Extracto Bancario/Registros
 - Seguro Social, Compensación de Trabajadores, Carta de Compensación por desempleo
 - Prueba de elegibilidad para programas del gobierno
 - También puede verificar sus ingresos: (a) su empleador proporcione una verificación por escrito; (2) hacer que su empleador hable con un representante del hospital; o (3) Proporcionar una declaración escrita o verbal al representante del hospital que verifique su ingreso familiar anual.
- Si no puede proporcionar una de las fuentes de documentación de ingresos enumeradas anteriormente, proporcione una explicación por escrito en la sección INFORMACIÓN DE INGRESO de la solicitud de asistencia financiera.

INFORMACIÓN DE GASTOS:

- Escriba la cantidad habitual de gastos domésticos.

INFORMACIÓN DE ACTIVO/RECURSO:

- Complete todas las preguntas en la aplicación



INSTRUCCIONES DE SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

INFORMACIÓN ADICIONAL:

- Complete las preguntas para permitir que nuestros navegadores de pacientes ayuden a toda la familia en el mejor curso de asistencia financiera.

FIRMA:

- Todas las solicitudes deben tener la firma del solicitante o de la parte responsable (a menos que haya problemas o situaciones médicas, es decir, aislamiento, ICU, etc). Si no es posible o factible obtener una firma, explique al personal del hospital por qué la firma no está disponible.

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD:

- La elegibilidad será determinada en Ingreso Límite de Pobreza.
- Las solicitudes aprobadas cubren los cargos en North Texas Medical Center y las clínicas de North Texas Medical Center.
- Es posible que se requiera información adicional para determinar su elegibilidad, dependiendo del programa para el que está solicitando.

¿Qué es lo que cubre la Ayuda Financiera? Ayuda Financiera cubre servicios médicamente necesarios proporcionados por North Texas Medical Center o NTMC Complete Health Care, según su elegibilidad. Es posible que la asistencia financiera no cubra todos los costos de atención médica, incluidos los servicios brindados por especialistas de la NTMC o otras organizaciones.

Si tienes cualquier pregunta o necesitas ayuda completando la aplicación: Nuestras pólizas de asistencia financiera, información sobre el programa y materiales de solicitud están disponibles en nuestro sitio web en www.ntmconline.net. Puede obtener ayuda comunicándose con el servicio al cliente al (940)612-8389 de lunes a Viernes de 8:00am a 4:30pm.

Envíe por correo la solicitud completa con todos los documentos: NTMC, 1900 Hospital Blvd, Gainesville, Texas 76240 o llevar a North Texas Medical Center o NTMC Health Complete Care clinic.

Para que su solicitud sea procesada, debe proporcionar:

- Información de su familia
- Información sobre los ingresos mensuales de su familia, con verificación de la Fuente de ingresos requeridos:
 - Talon de cheque
 - Declaración de impuestos más reciente
 - Comprobante de cualquier otro ingreso
- Declarar Activos
- Firmar y ponga la fecha en la aplicación de Ayuda Financiera.

No Podemos garantizar que califique para un programa de asistencia financiera, incluso si lo solicita. Una vez que se recibe una solicitud, Podemos verificar toda la información y Podemos solicitar información adicional. Le notificaremos la determinación final de elegibilidad dentro de los 14 días hábiles posteriores a la recepción de una solicitud financiera completa, incluya la documentación de ingresos o información adicional solicitada.



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

INFORMACIÓN PARA SELECCIÓN
¿Ha aplicado el solicitante para Medicaid? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
¿El solicitante recibe asistencia pública estatal como estampillas de alimentos o asistencia de vivienda? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
¿Está el solicitante sin hogar? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
¿La necesidad de atención médica del solicitante está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/APLICANTE	
Nombre de Solicitante/Aplicante:	Número de Seguro Social:
Numero de Telefono #:	Numero de telefono de trabajo #:
Direccion:	Ciudad/ Estado/ Código postal:
¿En cual condado vives?	¿La dirección es permanente o temporal?
Estado de Empleo:	
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabajadores por su cuenta <input type="checkbox"/> Desempleado (por cuánto tiempo ha estado desempleado: _____)	
<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Otro (_____)	

INFORMACIÓN DE FAMILIA				
Nombre de los Miembros del Hogar	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación con el Solicitante/Aplicante

INFORMACIÓN DE INGRESO			
Se deben divulgar todos los ingresos de los miembros de la familia. Las fuentes de ingresos incluyen, por ejemplo: - Salarios - Trabajo por cuenta propia - Desempleo - Compensación de trabajadores - Discapacidad - SSI - Mantenimiento de hijos / cónyuge - Programas de trabajo y estudio (estudiantes) - Pensión - Distribuciones de cuentas de jubilación - Otros (por favor explique)			
Nombre de la Persona recibiendo dinero	Nombre de la Agencia, Persona o Empleador Proporcionando Dinero	Cantidad Recibida	Con que Frecuencia se Recibe

RECUERDE: Debe incluir comprobante de ingresos con su solicitud. Si no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración que describa sus ingresos. Si no tiene ingresos, envíe una declaración con una explicación



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

INFORMACIÓN DE GASTOS			
Renta/ Hipoteca	\$	Impuestos y Seguros en el hogar	\$
Utilidades (electricidad, gas, agua)	\$	Medica or Medicamentos	\$
Telefono/ Celular	\$	Cuidado de Ninos	\$
Cable/ Satelital		Otra Dudas o Préstamos	
Transporte(gas,pago de coche, autobús, taxi)	\$	Otros Gastos:	\$
¿Vives con alguien más? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
¿Alguien paga estos gastos por ti? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Si Alguien los pagó por ti, quien? _____			

INFORMACIÓN DE ACTIVO/RECURSOS	
Saldo actual de cuenta de cheque \$ _____	Tu familia tiene estos otros activos? Por favor marque todos los que apliquen <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros para la salud <input type="checkbox"/> Fideicomisos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Propiedad (excluyendo la residencia principal) <input type="checkbox"/> Dueño(a) de un negocio
Saldo actual de cuenta de ahorros \$ _____	
¿Cuántos automóviles, camiones, o otro vehículos tiene usted y alguien en su hogar? Lista el año, marca y modelo abajo:	
Año	Marca y Modelo
1	
2	
3	

INFORMACIÓN ADICIONAL
¿Está embarazada la solicitante o alguien de su hogar? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Si, quien? _____
¿El solicitante o alguien en su hogar está discapacitado? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Si, quien? _____
¿El solicitante o alguien en el hogar ha solicitado Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) o Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Si, quien? _____
¿El solicitante o alguien en el hogar tiene cobertura de atención médica (Medicare, Seguro de Salud, Veterans Affairs, Tricare, etc.)? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Si, quien? _____
¿Tiene el solicitante o alguien en el hogar facturas sin pagar de North Texas Medical Center y/ o NTMC Complete Health Care de los últimos tres meses? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Si, quien? _____

Certifico que todo lo anterior es verdadero y correcto y que informe todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona para determinar la asistencia financiera para los servicios prestados en North Texas Medical Center; y que los funcionarios del hospital puedan verificar la información de la solicitud; y que la malpresentacion deliberada de la información puede someterse a una negación inmediata.

X _____
FIRMA DEL SOLICITANTE O FIESTA RESPONSABLE

FECHA