



## 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
  - 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

### INFORMACIÓN ADICIONAL:

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



## INSTRUCCIONES DE SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

- 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 polizas de asistencia financiera, información sobre el programa y materiales de solicitud están disponibles en nuestro sitio web en [www.ntmconline.net](http://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\*

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.

Todas las áreas con un asterisco (\*) son información opcional para los solicitantes que solicitan el Programa de Descuento de Tarifa Variable en NTMC Health Complete Care, únicamente. Los otros programas de asistencia financiera requieren esta información.





## 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 Niños	\$ _____
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 tí? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Si Alguien los pagó por tí,quien? _____			

INFORMACIÓN DE ACTIVO/RECURSOS*	
Saldo actual de cuenta de cheque \$ _____	Tu familia tiene estos otros activos? <b>Por favor marque todos los que apliquen</b> <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"/> 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

\*Información opcional para los solicitantes que soliciten el Programa de descuento de tarifa móvil en NTMC Health Complete Care, únicamente. Otros programas de asistencia financiera requieren información.