

Estimado paciente:

Le enviamos adjunta la solicitud del Programa de asistencia financiera de INTEGRIS Community Hospital. Completar esta solicitud nos permitirá evaluar cuál es su necesidad de recibir asistencia financiera para pagar sus facturas médicas. Las solicitudes se deben volver a presentar cada seis meses. Además, las solicitudes deben incluir el total de los ingresos familiares y el número total de personas que residen en el hogar.

Entendemos su deseo de tener privacidad. Por lo tanto, excepto para los fines de verificación, la información incluida en su solicitud se tratará como información confidencial. Esta información NO se compartirá con nadie fuera de INTEGRIS Community Hospital.

Complete cada elemento de la solicitud. Si necesita espacio adicional para incluir explicaciones, utilice la parte posterior de la solicitud. Se podría obtener un informe crediticio para verificar la información proporcionada en la presente solicitud. **No se aceptarán fotografías de los documentos. Toda la documentación proporcionada pasará a ser propiedad de INTEGRIS Community Hospital y no se le podrá devolver.**

Se deben proporcionar copias de todos los elementos indicados a continuación que sean aplicables a usted, para que se pueda tomar una determinación sobre la asistencia. No se aceptarán las declaraciones de impuestos que hayan sido preparadas por usted mismo.

1. **Copia completa de la transcripción de impuestos del año anterior. (Para obtener su transcripción oficial del IRS, llame al 1-800-908-9946). (No incluye los formularios W-2 ni los recibos de sueldo)**
2. **Copia completa de la transcripción de impuestos del año anterior y carta de adjudicación del seguro social. (Incluidos los ingresos del cónyuge, si corresponde).**
3. **Copia completa de la transcripción de impuestos del año anterior y la declaración de discapacidad del médico que indique una discapacidad permanente con documentación.**
4. **Cualquier otra documentación, según se solicite, para procesar su solicitud.**

(Si ya no declara impuestos, debe proporcionar el documento de no presentación de declaraciones del IRS para los requisitos mencionados anteriormente).

**Si es autónomo, proporcione una copia de su declaración de impuestos sobre la renta personal más reciente y un estado de ganancias y pérdidas actual, incluidos todos los cronogramas que correspondan.*

Es muy importante que complete esta solicitud al recibirla y la devuelva en un plazo de 15 días. **La solicitud se revisará dentro de los 30 días siguientes a su recepción y se le notificará la decisión tomada en un plazo de 60 días.** Si tiene alguna dificultad para completar esta solicitud o tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina al (877) 516-0911, Option 1. *El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. o puede enviarse a la Oficina Administrativa de INTEGRIS Community Hospital Central Business Office ubicada en 8686 New Trails Dr., The Woodlands, TX 77381*

Agradecemos su colaboración.

Atentamente,

Oficina Administrativa de INTEGRIS Community Hospital

Revisado el 20.03.2020

N.º de cuenta: _____
N.º de garante: _____

Solicitud de asistencia financiera

Nombre del paciente Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ N.º de seguro social: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del garante/cónyuge _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de seguro social: _____

Casado(a) _____ Soltero(a) _____ Divorciado(a) _____ Viudo(a) _____

¿Tiene hijos menores de edad? (menores de 18 años)? Sí _____ No _____
¿Viven con usted? Sí _____ No _____
¿Son hijos biológicos/legalmente adoptados? Sí _____ No _____

Nombre del empleador

Nombre del empleador del cónyuge

N.º de teléfono

N.º de teléfono

Dirección

Dirección

Ocupación

Ocupación

<u>Ingreso</u> (Cantidad mensual)	<u>Bruto</u>	<u>Neto</u>	<u>Miembros de la familia</u>	
Paciente	\$ _____	\$ _____	Hijo	Edad _____
Cónyuge	\$ _____	\$ _____	Hijo	Edad _____
Dependientes	\$ _____	\$ _____	Hijo	Edad _____
Asistencia pública	\$ _____	\$ _____	Hijo	Edad _____
Seguro social	\$ _____	\$ _____	Hijo	Edad _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____	Hijo	Edad _____
TOTAL	\$ _____	\$ _____		

Proporcione cualquier otra información que considere que sería de utilidad para determinar su elegibilidad a fin de recibir asistencia para pagar de sus facturas de hospital.

Comprendo que INTEGRIS Community Hospital puede verificar la información financiera contenida en esta solicitud en relación con la evaluación de esta solicitud, y por la presente autorizo a que se comuniquen con mi empleador para certificar la información proporcionada y para solicitar un informe de las agencias de informes crediticios. Tengo entendido que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para la asistencia benéfica y determinar las falsificaciones. La información de esta solicitud es correcta, a mi leal saber y entender. Esta solicitud debe completarse para su procesamiento; si no se completa, podría ser retrasada y/o rechazada.

También comprendo que cualquier reembolso de los gastos médicos que reciba en relación con esta hospitalización debe enviarse a INTEGRIS Community Hospital.

Firma de la persona solicitante

Fecha

Firma de la persona solicitante, si no es el paciente

Relación