Catholic Health Initiatives
Imagine better health.℠

Solicitud de asistencia financiera (FAA)

Datos demográficos del paciente

Nombre del paciente: apellido, primer nombre, segundo nombre	**N.º de Seguro Social (en caso de que esté disponible)**	**Fecha de nacimiento**	**N.º de cuenta** **Lugar del servicio**
Nombre del garante: apellido, primer nombre, segundo nombre	**N.º de Seguro Social (en caso de que esté disponible)**	**Fecha de nacimiento**	**Relación con el paciente**
Dirección del paciente/garante	**Condado de residencia**	**N.º de teléfono residencial**	**N.º de teléfono alternativo**
Ciudad	**Estado**	**Código postal**	**¿Es propietario de vivienda?** **Sí No**
¿Ha solicitado Medicaid, o cualquier otra asistencia estatal o del condado? (Encierre en un círculo) Sí No **Si su respuesta es Sí, indique lo siguiente:**			
Fecha de solicitud:		**Estado de la solicitud:**	
Nombre del trabajador del caso:		**Número de teléfono del trabajador del caso:**	

Información familiar

Estado civil:	**Casado/a**	**Soltero/a**	**Separado/a**	**Divorciado/a**	**Viudo/a**

Nombres de los dependientes	**Relación**	**Fecha de nacimiento**

Empleo/Ingresos y gastos familiares

Nombre del empleador del paciente/garante	**Ingresos mensuales brutos: $**	**Brinde verificación**
Si los ingresos son $0, explique el motivo.		**Brinde documentación**
Nombre del empleador del cónyuge	**Ingresos mensuales brutos: $**	**Brinde verificación**
Si los ingresos son $0, explique el motivo.		**Brinde documentación**
Otra fuente de ingresos:	**Ingresos mensuales brutos: $**	**Brinde verificación**
LOS GASTOS NO SON NECESARIOS PARA LAS SOLICITUDES DEL CUERPO NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD		
Gastos mensuales familiares	**Gastos mensuales totales: $**	

IMPORTANTE: A fin de calificar para recibir asistencia, puede ser necesario al menos un documento de respaldo que verifique los ingresos familiares. La documentación de respaldo puede incluir, entre otros, la declaración de impuestos anual más reciente, un formulario W-2 actual, 1 mes de recibos de sueldo actuales, una carta de respaldo firmada, etc.

Catholic Health Initiatives
Imagine better health.℠

LEA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR Y FECHAR LA SOLICITUD

Recuerde que su firma indica que está de acuerdo con adjuntar la verificación de ingresos.

- Certifico que la información que proporcioné es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.
- Solicitaré, de manera independiente o con asistencia del personal del hospital, TODAS y CADA UNA de las asistencias que pueda tener a mi disposición a través del gobierno federal, estatal y local, y de fuentes privadas para que me ayuden a pagar esta factura de atención médica.
- Comprendo que si no coopero con mi proveedor de atención médica brindando la información solicitada, mi solicitud de posible asistencia financiera podría ser rechazada.
- Comprendo que la información que presente está sujeta a verificación por parte de mi proveedor de atención médica (incluidas agencias de informe de crédito) y a revisión por parte de agencias federales y/o estatales, y otras agencias, según sea necesario.
- Comprendo que se me puede solicitar información adicional a fin de calificar para recibir asistencia.

Firma (Solicitante/Garante)	**Fecha**

Enviar la solicitud y los documentos completos a la siguiente dirección:

Financial Assistance Center
PO Box 660872
Dallas, TX 75266-0872

Phone: 844-286-5546