

Acct #

Información del paciente

Apellido del paciente		Nombre		Segundo nombre	
Fecha de nacimiento		Núm. seguro social		Número de teléfono	
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del empleador (si no está empleado, escriba la información del empleador anterior).				Número de teléfono del empleador	
Dirección del empleador (calle o apartado)			Ciudad	Estado	Código postal

Información del cónyuge o tutor legal

Apellido del cónyuge o tutor legal		Nombre		Segundo nombre	
Fecha de nacimiento		Núm. seguro social		Número de teléfono	
Dirección (solo si es diferente a la anterior)			Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del empleador (si no está empleado, escriba la información del empleador anterior).				Número de teléfono del empleador	
Dirección del empleador (calle o apartado)			Ciudad	Estado	Código postal

Sección-A (Ingresos) Indique el ingreso de cada una de las siguientes personas en su hogar o vivienda.

Ingreso del paciente: \$ _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> A la semana <input type="checkbox"/> Al mes <input type="checkbox"/> Al año		(Esta sección solo se usa si el paciente es menor de edad) Ingreso del padre: \$ _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> A la semana <input type="checkbox"/> Al mes <input type="checkbox"/> Al año	
Ingreso del cónyuge: \$ _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> A la semana <input type="checkbox"/> Al mes <input type="checkbox"/> Al año		Ingreso de la madre: \$ _____ Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> A la semana <input type="checkbox"/> Al mes <input type="checkbox"/> Al año	
Ingreso total: \$ _____		Ingreso total: \$ _____	

Sección-B (Familiares) Indique la cantidad de personas en el hogar o la vivienda del paciente: #.

Sección-C (Verificación del ingreso) Proporcione **UNO** de los siguientes tipos de documentos de verificación del ingreso.

Estos documentos aparecen en orden de preferencia.

- | | |
|---|---|
| 1. Cheque de pago | 6. Comprobante de participación en ayuda del gobierno (estampillas o cupones de alimentos, CDIC, Medicaid o AFDC) |
| 2. Formulario W-2 del IRS | 7. Estados de cuentas bancarias |
| 3. Declaración de impuestos | 8. Otro _____ |
| 4. Verificación del empleador | |
| 5. Seguro social, Compensación de los trabajadores o Cartas de determinación de la compensación por desempleo | |

Si no puede proporcionar alguno de los documentos o comprobantes de ingreso antes indicados, explique por qué no dispone de esta información: _____

Acct #

Sección-D (Activos financieros y otros recursos)

¿Cuenta con otros activos o recursos financieros?

(Cuentas de ahorros, fideicomisos, acciones, bonos, cuentas de jubilación, fondos mutuos, etc.)

Sí No Si la respuesta es Sí, cantidad vigente disponible:

\$

¿Tiene una Cuenta de ahorros para gastos médicos?

Sí No Si la respuesta es Sí, cantidad vigente disponible:

\$

¿Tiene una Cuenta de gastos flexibles médicos?

Sí No Si la respuesta es Sí, cantidad vigente disponible:

\$

¿Tiene seguro médico?

Sí No Si la respuesta es Sí, cantidad vigente disponible:

Entiendo que **HealthTexas Provider Network** ("HTPN") puede verificar la información financiera contenida en esta "Solicitud de ayuda financiera" (la "Solicitud") en relación con la evaluación de HTPN para efectos de esta Solicitud, y que al firmar a continuación, autorizo a mi empleador o a cualquier otra persona indicada en esta Solicitud, a confirmar o proporcionar otros detalles con respecto a la información proporcionada en la Solicitud. Por la presente autorizo a HTPN a solicitar reportes de las agencias de informes crediticios y de la Administración del Seguro Social. Confirmando que las declaraciones efectuadas en esta Solicitud son fieles y correctas, a mi mejor saber y entender, y que se hacen de buena fe. Entiendo que toda falsificación o distorsión de información en esta Solicitud puede dar lugar a la denegación de la ayuda financiera.

Firma del **paciente** o de la **parte responsable**

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma del **empleado de HTPN**

(Solo si se ayudó a la persona a llenar la solicitud)

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Solo para uso de HTPN

Verificación de los ingresos

Nombre de la persona contactada (1)

Fecha

Información obtenida

Nombre de la persona contactada (2)

Fecha

Información obtenida

Firma del empleado de HTPN

Fecha

Notas sobre la cantidad de personas en el hogar o la vivienda:

Si el paciente o tutor legal no puede firmar esta solicitud, explique por qué: