A nuestro estimado paciente:

Muchas gracias por elegir a CHRISTUS Health para sus necesidades de atención médica. Adjunto encontrará una solicitud para asistencia financiera del hospital. Esta es únicamente para sus gastos de hospital. Devuelva la solicitud completa y proporcione toda la documentación de respaldo a un asesor financiero del hospital.

Los pacientes con un ingreso familiar de o por debajo del 400% del índice de pobreza federal aplicable, que carezcan de fondos suficientes para pagar sus facturas, pueden ser elegibles para recibir asistencia. Además, los pacientes con facturas médicas considerables, independientemente de su ingreso, pueden ser elegibles para recibir asistencia. Además de los ajustes parciales o completos, la asistencia incluye acuerdos de pago ampliados.

Entendemos su deseo de privacidad. Por lo tanto, la información contenida en su solicitud será tratada como confidencial salvo para fines de verificación. Solo se compartirá dentro de CHRISTUS Health en la medida que se necesite.

Al recibir su solicitud completa, nuestro personal llevará a cabo una revisión de la solicitud para la posible asistencia para el saldo de sus cuentas con CHRISTUS Health. Le notificaremos por escrito después de nuestra revisión.

De nuevo, nos gustaría agradecerle por elegir a CHRISTUS Health para satisfacer sus necesidades de atención médica. Si tiene alguna pregunta con relación a la solicitud o la información anterior, comuníquese con un asesor financiero del hospital o llame al número que se indica a continuación.

Atentamente,

CHRISTUS Health
800-877-8623
Lunes a viernes
De 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora centro)

Pacientes de CHRISTUS Health Trinity Mother Frances envie solicitud a:
CHRISTUS Health
Attn: Financial Assistance
PO Box 6997
Tyler TX 75711

Pacientes de otras localidades de CHRISTUS Health envie solicitud a:
CHRISTUS Health
Attn: Financial Assistance
2900 North Loop West, Suite 1300
Houston, TX 77092
Fax: 210-766-9157

Fecha de la solicitud: _____ Nombre del fiador (si no es el paciente):

Nombre del paciente: _____Fechas de servicio: _____

N.° de cuenta del hospital _____N.° de expediente médico _____

- ☐ CHRISTUS St. Michael Hospital
- ☐ CHRISTUS St. Michael Hospital- Rehab
- ☐ CHRISTUS St. Michael Hospital – Atlanta
- ☐ CHRISTUS St. Frances Cabrini Hospital
- ☐ CHRISTUS Coushatta Health Care Center
- ☐ CHRISTUS Highland Medical Center
- ☐ CHRISTUS Bossier Emergency Hospital
- ☐ CHRISTUS St. Patrick Hospital
- ☐ CHRISTUS Oschner Lake Area Medical Center
- ☐ CHRISTUS Hospital – St. Elizabeth
- ☐ CHRISTUS Hospital – St. Mary
- ☐ CHRISTUS Jasper Memorial Hospital
- ☐ CHRISTUS St. Vincent Regional Medical Ctr
- ☐ Kate Dishman Rehabilitation Hospital
- ☐ CHRISTUS Good Shepherd Marshall
- ☐ CHRISTUS Good Shepherd Longview
- ☐ CHRISTUS Trinity Mother Frances- Tyler
- ☐ CHRISTUS Trinity Mother Frances- Winnsboro
- ☐ CHRISTUS Trinity Mother Frances- Rehabilitation
- ☐ CHRISTUS Children's
- ☐ CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Medical Center
- ☐ CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Westover Hills
- ☐ CHRISTUS Santa Rosa Hospital – New Braunfels
- ☐ CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Alamo Heights
- ☐ CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Creekside
- ☐ CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Alon
- ☐ CHRISTUS Santa Rosa Hospital –San Marcos
- ☐ CHRISTUS Spohn Hospital – Shoreline
- ☐ CHRISTUS Spohn Hospital – South
- ☐ CHRISTUS Spohn Hospital – Memorial
- ☐ CHRISTUS Spohn Hospital – Kleberg
- ☐ CHRISTUS Spohn Hospital – Alice
- ☐ CHRISTUS Spohn Hospital – Beeville
- ☐ CHRISTUS Trinity Mother Frances- Sulphur Springs
- ☐ CHRISTUS Trinity Mother Frances- Jacksonville
- ☐ CHRISTUS Trinity Mother Frances- South Tyler
- ☐ CHRISTUS Southern New Mexico – Alamogordo
- ☐ CHRISTUS Mount Pleasant

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre de los pacientes: *N.° de cuenta:*

DEBE PROPORCIONAR AL MENOS 1 DE LO SIGUIENTE:

__ *Declaración de impuesto sobre la renta más reciente y completa*
__ *3 recibos de cheque de pago más recientes*
__ *3 estados de cuenta de cheques/ahorro más recientes*
__ *Carta de asignación de estampillas de comida, SSI/SSA/SSD*
__ *Si usted reporta un ingreso de $0, adjunte una explicación breve de cómo usted o el paciente satisfacen sus necesidades básicas*

DEBE PROPORCIONAR COMPROBANTE DE IDENTIDAD CON AL MENOS 1 DE LO SIGUIENTE:

__ *Licencia de conducir vigente* __ *Registro de extranjero*
__ *Pasaporte* __ *Tarjeta de identificación emitida por el estado*

DATOS PERSONALES: ***PERSONA RESPONSABLE*** ***CÓNYUGE***

Nombre
N.º de Seguro Social
Fecha de nacimiento
Dirección/N.º de apartamento
Ciudad, estado, código postal
N.° de teléfono de residencia

INFORMACIÓN DE EMPLEO:

Nombre del empleador
Si trabaja por cuenta propia, explique
Dirección
N.° de teléfono
Cantidad de horas trabajadas/semana
Cargo
Duración del empleo *Años* *Meses* *Años* *Meses*
Salario bruto mensual

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR:

Nombre	*Edad*	*Fecha de nacimiento*	*Relación*
Nombre	*Edad*	*Fecha de nacimiento*	*Relación*
Nombre	*Edad*	*Fecha de nacimiento*	*Relación*

Salario bruto mensual

INGRESO ADICIONAL:

Segundo empleo: N S: $_____ /mes
Pequeña empresa: N S: $_____ /mes
Otros: (p. ej., inversiones, ahorros, manutención infantil, gas otra ayuda gubernamental) $_____ /mes

¿Hay algún tercero potencialmente responsable trabajadores, demanda)? E *Sí* E *No*

Yo certifico que no puedo pagar todos los costos es verdadera y exacta. Entiendo que CHRISTUS Health financiera. He divulgado todos mis activos e ingresos. cargos penales. Yo acepto informar cualquier cambio o a cualquier agencia de informes de crédito, a investigar por mí o por cualquier otra persona con relación

Firma del paciente/Fiador

DEUDA:

Hipoteca de la casa: $_____ /mes
Contraída por:
Saldo pendiente: $
Automóvil/barco/RV, etc.: $_____ /mes

por sus gastos médicos (es decir, seguro

de los servicios necesarios y que la información usará esta información para determinar Si no se declaran los activos o ingresos podría en mi situación financiera a CHRISTUS cualquier referencia, declaración, empleo a mi responsabilidad crediticia y financiera.

OTROS GASTOS:

Facturas médicas: $_____ /mes
Facturas de farmacia: $_____ /mes
Otro: (p. ej., préstamos, renta, cable, comida teléfono, servicios públicos,) $____ /mes

de automóvil, compensación de los

que he proporcionado a CHRISTUS Health mi elegibilidad para recibir asistencia resultar en un recurso legal, incluyendo Health. Autorizo a CHRISTUS Health, u otra información propo rcionada

Fecha

Firma del cónyuge *Fecha*