



A nuestro estimado paciente:

Muchas gracias por elegir a CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Alamo Heights 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 Santa Rosa Hospital – Alamo Heights 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 Santa Rosa Hospital – Alamo Heights. Le notificaremos por escrito después de nuestra revisión.

De nuevo, nos gustaría agradecerle por elegir a CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Alamo Heights 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 Santa Rosa Hospital – Alamo Heights
210-294-8002
Lunes a viernes
De 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora centro)

Por favor devuelva las solicitudes completadas a:

CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Alamo Heights
Attn: Business Office
100 NE Loop 410, Suite 475
San Antonio, TX 78216-4749

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del fiador (si no es el paciente): _____

Nombre del paciente: _____

Fechas de servicio: _____

N.º de cuenta del hospital _____

N.º de expediente médico _____

Nombre de los pacientes: _____ N.º 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
- Pasaporte
- Registro de extranjero
- 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.º de teléfono de residencia	_____	_____

INFORMACIÓN DE EMPLEO:

Nombre del empleador	_____	_____
Si trabaja por cuenta propia, explique	_____	_____
Dirección	_____	_____
N.º 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

DEUDA:

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

OTROS GASTOS:

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

¿Hay algún tercero potencialmente responsable por sus gastos médicos (es decir, seguro de automóvil, compensación de los trabajadores, demanda)? Sí No

Yo certifico que no puedo pagar todos los costos de los servicios necesarios y que la información que he proporcionado a CHRISTUS Health es verdadera y exacta. Entiendo que CHRISTUS Health usará esta información para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. He divulgado todos mis activos e ingresos. Si no se declaran los activos o ingresos podría resultar en un recurso legal, incluyendo cargos penales. Yo acepto informar cualquier cambio en mi situación financiera a CHRISTUS Health. Autorizo a CHRISTUS Health, o a cualquier agencia de informes de crédito, a investigar cualquier referencia, declaración, empleo u otra información proporcionada por mí o por cualquier otra persona con relación a mi responsabilidad crediticia y financiera.

Firma del paciente/Fiador _____ Fecha _____

Firma del cónyuge _____ Fecha _____