



A nuestro estimado paciente:

Muchas gracias por elegir a CHRISTUS Dubuis Health System para sus necesidades de atención médica. Adjunto encontrará una solicitud para obtener asistencia financiera del hospital. Esta es únicamente para sus gastos de hospital. Devuelva la solicitud llena y proporcione toda la documentación de respaldo a la oficina del Administrador del hospital.

Los pacientes que tienen 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. De igual manera, los pacientes que tienen facturas médicas considerables, independientemente de sus ingresos, pueden ser elegibles para recibir asistencia. Además de los ajustes parciales o completos, la asistencia incluye acuerdos de pago extendidos.

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 Dubuis Health System en la medida que sea necesario.

Al recibir su solicitud completa, nuestro personal llevará a cabo una revisión de la misma para determinar la posibilidad de darle asistencia para el pago del saldo de sus cuentas con CHRISTUS Dubuis Health System. Le notificaremos por escrito después de nuestra revisión.

De nuevo, nos gustaría agradecerle por elegir a CHRISTUS Dubuis Health System para satisfacer sus necesidades de atención médica. Si tiene alguna pregunta en relación con la solicitud o la información anterior, comuníquese con nosotros al número que se indica a continuación.

Atentamente,

CHRISTUS Dubuis Health System

800-321-7011

Lunes a viernes

De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora centro)

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 _____

CHRISTUS Dubuis Hospital of Alexandria

CHRISTUS Dubuis Hospital of Fort Smith

CHRISTUS Dubuis Hospital of Paris

CHRISTUS Dubuis Hospital of Hot Springs

CHRISTUS Dubuis Hospital of Beaumont

CHRISTUS Dubuis Hospital of Port Arthur

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
- 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.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 _____