



***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***

***800-756-7999***

***Lunes a viernes***

***De 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora centro)***



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

Pacientes de otras localidades de CHRISTUS Health envíe solicitud a:  
CHRISTUS Health  
Attn: Financial Assistance  
2707 North Loop West  
Suite 400  
Houston, TX 77008

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 St. Michael Hospital
- .. CHRISTUS St. Michael Hospital- Rehab
- .. CHRISTUS St. Michael Hospital – Atlanta
- .. CHRISTUS St. Frances Cabrini Hospital
- .. CHRISTUS Coughatta 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

- .. Children’s Hospital of San Antonio
- .. 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 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 Trinity Mother Frances- Rehabilitation

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 \_\_\_\_\_