



Estimado paciente/solicitante:

PAM Health está impulsado por la compasión y se dedica a proporcionar atención personalizada para todos, en especial aquellos que más la necesitan. Ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes es nuestra misión y un privilegio. La asistencia financiera solo está disponible para emergencias y otros tipos de atención médica necesaria por razones médicas. Gracias por confiarnos la atención médica de todas sus necesidades de salud y las de su familia.

Le enviamos esta carta y la aplicación de asistencia financiera adjunta debido a que hemos recibido su aplicación. Si no ha enviado una aplicación, puede hacer caso omiso. Complete ambos lados e incluya fecha y firma antes de devolverla. Si usted completó una aplicación dentro de los últimos seis meses y le aprobaron asistencia financiera, háganoslo saber, ya que es posible que no tenga que completar una nueva aplicación. Lamentablemente, no podemos apoyarnos en una aplicación previa de más de seis meses.

Junto con su aplicación, necesitará proporcionar una verificación de los ingresos de su hogar y de todos los activos pertenecientes a cualquier miembro del hogar.

Ejemplos de prueba de ingresos y activos incluyen:

- Copias de los tres recibos de pago de sueldo más recientes emitidos por el empleador.
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos).
- Carta de concesión del Seguro Social o de la pensión de jubilación.
- Declaración de impuestos anual más reciente del padre, madre o tutor legal, si el solicitante es un dependiente listado en su formulario de impuesto y menor de 25 años de edad.
- Copia del recibo de beneficios de desempleo.
- Aprobación/denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado.
- Otros documentos de validación de ingresos.

Ejemplos de prueba de activos incluyen:

- Declaraciones bancarias actuales (cheques y cuentas de ahorro) de los últimos tres meses
- Inversiones, incluidas acciones y bonos.
- Fondos de fideicomiso
- Cuentas de mercado financiero
- Fondos mutuos

Si recibe ayuda de o vive con familiares o amigos, haga que completen el formulario adjunto titulado "Letter of Support" (Carta de Apoyo). Esto no los hará responsables de sus facturas médicas. Esto ayudará a mostrar la manera en que paga sus gastos de vida. Si no recibe ayuda de familiares y amigos, no es necesario que complete el formulario de Carta de Apoyo.

Por último, podríamos considerar sus facturas médicas pendientes para ser beneficiario de asistencia financiera. Si quiere que las consideremos, proporcione documentación de sus costos médicos y de fármacos/medicamentos mensuales pendientes, tales como recibos actuales o declaraciones de saldo de cuenta. **Tenga en cuenta que se deben recibir la 1) aplicación completada junto con la 2) prueba de ingreso, 3) los activos y 4) las facturas médicas pendientes (si corresponde) para que se considere la aplicación. No podemos procesar ni considerar aplicaciones que no estén completas.**

Cuando presente su aplicación, tenga en cuenta que las comunicaciones a través de correo electrónico por internet no son seguras. Aunque sea poco probable, existe la posibilidad de que terceros intercepten y lean la información que incluya en un correo electrónico, además de la persona a la que está dirigida. Queremos proteger su información personal y asegurarnos de que esté segura. Dado que la aplicación contiene su número de Seguro Social y otra información privada, le instamos a que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Imprima y entregue por correo o en persona su aplicación completada y documentación de respaldo a la siguiente dirección:

**PAM Health Rehabilitation Hospital of Round Rock
351 Seton Parkway
Round Rock, TX 78665
Attn: Patient Financial Services**

Estamos aquí para ayudar y queremos asegurarnos de que los pacientes que califican para recibir asistencia financiera la reciban. Si tiene alguna pregunta sobre esta aplicación, la documentación de respaldo requerida, o sobre cómo hacernos llegar mejor su 737-708-9800.

Atentamente,

Los Servicios Financieros para el
Paciente de PAM Health

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera



Información del paciente

(Todos los campos se deben completar en letra de imprenta. Si alguna línea individual de la solicitud no aplica para usted, escriba N/A)

Fecha _____ Número de cuenta _____
Nombre (nombre y apellido) _____
Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____
Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número del Seguro Social (opcional) _____
Empleador _____ Situación laboral _____
Número de horas de trabajo semanales _____ Número de teléfono del empleador _____

Información de la persona responsable o del tutor legal

(Si el paciente en cuestión es también la persona responsable, deje esta sección en blanco).

Nombre (primer nombre y apellido) _____
Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____
Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número del Seguro Social (opcional) _____
Empleador _____ Situación laboral _____
Número de horas de trabajo semanales _____ Número de teléfono del empleador _____

Información del cónyuge de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre (primer nombre y apellido) _____
Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____
Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número del Seguro Social (opcional) _____
Empleador _____ Situación laboral _____
Número de horas de trabajo semanales _____ Número de teléfono del empleador _____

Dependientes de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Parentesco con la persona responsable _____

Número de adultos y niños que viven en el grupo familiar _____

Ingresos mensuales

(Complete la información de esta sección utilizando cantidades en dólares para cada uno de los elementos que se enumeran a continuación. Indique una cantidad mensual para cada uno).

Ingresos devengados del solicitante _____
Ingresos del cónyuge del solicitante _____
Beneficios del Seguro Social _____
Ingresos por pensión/jubilación _____
Ingresos por incapacidad _____
Compensación por desempleo _____
Indemnización laboral _____
Ingresos por intereses/dividendos _____

Manutención infantil recibida _____
Pensión alimenticia recibida _____
Ingresos por alquiler de propiedades _____
Cupones de alimentos _____
Distribución de fondos fiduciarios recibidos _____
Otros ingresos _____
Otros ingresos _____
Total de ingresos brutos mensuales \$ _____

Gastos mensuales de costo de la vida

Hipoteca/alquiler _____
Servicios públicos _____
Teléfono (fijo) _____
Teléfono móvil _____
Comestibles/alimentos _____
Servicio de cable/internet/televisión satelital _____
Pago de automóvil _____
Cuidado de los niños _____

Manutención infantil/pensión alimentaria _____
Tarjetas de crédito _____
Facturas de médicos y hospitales _____
Seguro de automóvil _____
Seguro de vivienda/propiedad _____
Seguro médico/salud _____
Seguro de vida _____
Otros gastos mensuales _____
Total de gastos mensuales \$ _____

Activos

Efectivo/ahorros/cuentas corriente _____
Acciones/bonos/inversiones/certificados de depósito _____
Otros bienes inmuebles/vivienda secundaria _____
Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo _____
Automóviles de colección/automóviles no esenciales _____
Otros activos _____

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y está completa. Por la presente, autorizo al hospital para obtener información brindada por organismos externos de reportes crediticios en caso de que hospital lo considere necesario.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Comentarios _____

