

Solicitud de asistencia financiera

Gracias por elegir Warm Springs Rehabilitation Hospital of Kyle. Es política de Warm Springs Rehabilitation Hospital of Kyle ofrecer asistencia financiera a pacientes que o bien no tienen seguro médico o cuentan con un seguro insuficiente y posiblemente no puedan pagar por la totalidad de su atención médica en función de sus ingresos, activos y necesidades.

Si no puede pagar por los servicios médicos que recibe, puede solicitar asistencia financiera. Analizaremos su solicitud para determinar si usted o su familiar reúnen los requisitos para recibir asistencia gubernamental, como por ejemplo Medicaid, asistencia de la comunidad o asistencia financiera.

La asistencia financiera para servicios necesarios desde el punto de vista médico es limitada y no pretende sustituir la planificación financiera razonable, la cobertura del seguro médico ni los fondos públicos disponibles para los que usted pueda reunir los requisitos.

Instrucciones para completar esta solicitud:

Complete la Solicitud de asistencia financiera adjunta y proporcione la documentación requerida que se indica a continuación. Le pedimos que **no deje ningún elemento en blanco**. No será posible procesar su solicitud si la información proporcionada es incompleta.

La evaluación de su solicitud se realizará de acuerdo con la sección 311 del Código de Salud y Seguridad de Texas (Texas Health and Safety Code) y también con las pautas establecidas por la sección 501-R de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act). Estamos obligados a determinar su elegibilidad para la asistencia en función de las pautas federales de pobreza y todas las fuentes de ingresos que tengan usted y su familia. En algunos casos, estamos obligados a tener en cuenta sus recursos financieros, activos y bienes no exentos además de los ingresos.

En consecuencia, es necesario que nos proporcione la siguiente documentación con relación a su solicitud. Se debe incluir comprobantes de ingresos de cada miembro del hogar antes de poder procesar la solicitud. Si no tiene algún documento, indique N/A junto al documento que le falta. Toda la información recibida está sujeta a verificación.

Sírvase proporcionar todo lo que corresponda:

- Declaración de impuestos sobre los ingresos más reciente para cada miembro de la familia que tenga un trabajo (*la declaración del año anterior se aceptará hasta el 15 de abril. Por ejemplo: la declaración de impuestos de 2015 se aceptará hasta el 15 de abril de 2017*)
- Talones de cheques; los **tres** períodos de pago más recientes de cada miembro de la familia que trabaje
- Carta del empleador con membrete de la compañía que confirme el monto de los ingresos indicado en la solicitud
- Carta de la oficina de desempleo
- Carta de la Oficina del Seguro Social (Social Security Office) o copia del cheque del Seguro Social
- Documentación sobre cualquier otra forma de ingresos (*manutención de menores, pensión alimenticia, ingresos de jubilación, fondos fiduciarios, etc.*)

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, dirija sus llamadas a: _____

Envíe su Solicitud de asistencia financiera completada, junto con toda la documentación requerida, en persona o por correo a la siguiente dirección:

Warm Springs Rehabilitation Hospital of Kyle
5980 Kyle Parkway
Kyle, TX 78640
Attn: Admissions Office

Una vez que se proporcione toda la información, se procesará su solicitud y se enviará la notificación de la determinación a la dirección del garante en archivo. Su elegibilidad para recibir asistencia financiera se mantendrá durante 30 días. Luego del transcurso de 30 días a partir de la solicitud inicial, debe volver a solicitar cualquier asistencia adicional necesaria. Del mismo modo, si está solicitando asistencia financiera con carácter retroactivo, su determinación de elegibilidad se aplicará a todos los saldos pendientes.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

NOMBRE DEL RESPONSABLE:		APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NOMBRE DEL PACIENTE SI NO ES EL RESPONSABLE				N.º DE CUENTA DEL HOSPITAL:
CÓNYUGE				CANTIDAD DE DEPENDIENTES
DIRECCIÓN				TELÉFONO PARTICULAR ()
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL				TELÉFONO LABORAL ()
OCUPACIÓN		EMPLEADOR (SI ES TRABAJADOR AUTÓNOMO, DESCRIPCIÓN)		
N.º DE SEGURO SOCIAL		DIRECCIÓN		
ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO	SALARIO _____	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> CADA DOS SEMANAS <input type="checkbox"/> MENSUAL OTROS INGRESOS: _____ FUENTE _____		
CÓNYUGE				
OCUPACIÓN		EMPLEADOR (SI ES TRABAJADOR AUTÓNOMO, DESCRIPCIÓN)		
N.º DE SEGURO SOCIAL		DIRECCIÓN		
TELÉFONO ()	ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO	SALARIO _____ <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> CADA DOS SEMANAS <input type="checkbox"/> MENSUAL		
OTROS INGRESOS	FUENTE _____			
ACTIVOS		PASIVOS/TOTALES MENSUALES		
EFFECTIVO	\$ _____	PAGO DE LA HIPOTECA/ALQUILER		\$ _____
CUENTA CORRIENTE*	\$ _____	PRIMAS DE SEGUROS:		
CUENTA DE AHORROS*	\$ _____	<input type="checkbox"/> DEL AUTOMÓVIL, <input type="checkbox"/> MÉDICO, <input type="checkbox"/> DE LA VIVIENDA \$ _____ OTRO: _____		
CUENTA DE COOPERATIVA DE CRÉDITO*	\$ _____	SERVICIOS PÚBLICOS: <input type="checkbox"/> GAS, <input type="checkbox"/> ELECT., <input type="checkbox"/> AGUA, <input type="checkbox"/> TELÉFONO		
PATRIMONIO INMOBILIARIO	\$ _____	\$ _____		
VEHÍCULOS AUTOMOTORES PROPIOS	\$ _____	PAGOS DE PRENDA AUTOMOTRIZ		\$ _____
MARCA/MODELO	VALOR _____	ALIMENTOS		
MARCA/MODELO	VALOR _____	\$ _____		
CUENTAS DE FIDEICOMISO	\$ _____	OTROS PASIVOS:		
OTRAS FUENTES	\$ _____	DESCRIPCIÓN	PAGO	SALDO
(ACCIONES, BONOS)				
*SUCURSAL(ES) BANCARIA(S) Y NÚMEROS DE CUENTA:				

DECLARO QUE LO ANTERIOR ES VERDADERO BAJO PENA DE PERJURIO EN VIRTUD DE LA LEY.

Firma _____

Fecha . _____