

Carta de Respaldo

Número de registro médico del paciente/número de cuenta _____

Nombre de la persona que respalda _____

Relación con el paciente/solicitante _____

Dirección de la persona que respalda _____

Para PAM Health Rehabilitation Hospital of Kyle:

Esta carta es para informar que (nombre del paciente) _____ recibe pocos ingresos, o ninguno, y que yo estoy ayudando con sus gastos de vida. Esta persona no está legalmente obligada frente a mí. Al firmar esta declaración acepto que la información proporcionada es verdadera, a mi leal saber y entender.

Firma de la persona que respalda: _____

Fecha: _____

Estimado paciente/solicitante:

PAM Health Rehabilitation Hospital of Kyle 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 financier.

- Fondos mutuos.

Si recibe ayuda de o vive con familiares o amigos, haga que completen el formulario adjunto titulado “Letter of Support” (Cara 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 Kyle
5980 Kyle Parkway Kyle, TX 78640
Attn: Admissions

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 512-262-0821.

Atentamente,
Los Servicios Financieros para el
Paciente de PAM Health Rehabilitation Hospital of Kyle

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 (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 (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: _____	Pensión alimenticia recibida: _____
Ingresos del cónyuge del solicitante: _____	Ingresos por alquiler de propiedades: _____
Beneficios del Seguro Social: _____	Cupones de alimentos: _____
Ingresos por pensión/jubilación: _____	Distribución de fondos fiduciarios recibidos: _____
Ingresos por incapacidad: _____	Otros ingresos: _____
Compensación por desempleo: _____	Otros ingresos: _____
Indemnización laboral: _____	Total de ingresos brutos mensuales \$ _____
Ingresos por intereses/dividendos: _____	
Manutención infantil recibida: _____	

Gastos mensuales de costo de la vida

Hipoteca/alquiler: _____	Manutención infantil/pensión alimentaria: _____
Servicios públicos: _____	Tarjetas de crédito: _____
Teléfono (fijo): _____	Facturas de médicos y hospitales: _____
Teléfono móvil: _____	Seguro de automóvil: _____
Comestibles/alimentos: _____	Seguro de vivienda/propiedad: _____
Servicio de cable/internet/televisión satelital: _____	Seguro médico/salud: _____
Pago de automóvil: _____	Seguro de vida: _____
Cuidado de los niños: _____	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
