

# Midland Memorial Hospital, Midland, TX 79701

## La Aplicación para Asistencia Financiera

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Número de la Cuenta del Paciente \_\_\_\_\_

Número del Teléfono \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Empleado

Desempleado

Empleador (Nombre, Dirección Postal y Numero del Teléfono) \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre (Si el paciente es menor) \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre (Si el paciente es menor) \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_

**A. Sueldo & Otros Recursos:** Por favor provee el sueldo anual para su hogar - cónyuge, compañero(a) de vida, otros contribuyentes al ingreso.

**Balance Total de Cheques y Ahorros:** Por favor provee la combinación de la total cantidad en las cuentas de cheques y ahorros disponibles a usted y a otros miembros del hogar, **Ingreso Anual, Otros Recursos:** acciones, bonos, fondo fiduciario, regalías, etc. junto con el sueldo anual que usted recibe de estos otros recursos, incluyendo ingresos por intereses, dividendos, e ingresos por alquiler.

\$ \_\_\_\_\_ **Ingreso del Hogar Anual**      \$ \_\_\_\_\_ **Ingreso Anual, Otros recursos**

\$ \_\_\_\_\_ **Balance Total de las Cuentas de Cheques y Ahorros**      \$ \_\_\_\_\_

**B. Miembros del Hogar:** Por favor provee el número de personas en el hogar del paciente. \_\_\_\_\_

¿Es dueño de una casa? (circule uno)    Sí    No    Si sí, provee el valor de la casa: \$ \_\_\_\_\_

¿Alquiler/Renta? (circule uno)    Sí    No    Si sí, la cantidad del alquiler/la renta mensual: \$ \_\_\_\_\_

**C. Impuestos:**

¿Declaro sus impuestos para el último año de impuestos? (Circule Uno)    Sí    No

¿Puede ser reclamado como un dependiente en los impuestos de alguien más este año o en el año anterior? (Circule Uno)    Sí    No

Si sí, por favor provee \_\_\_\_\_

**D. Verificación del Ingreso:** Por favor provee **TODO** de los siguientes documentos para verificar el ingreso del hogar.

- Forma IRS W-2
- Remisión del Sueldo
- Declaración Anual
- Estados Bancarios
- Verification de Empleador
- Prueba de Participación en programas-Asistencia Gubernamental como estampillas de comida, CDIC, Medicaid o AFDC
- Seguro Social o Cartas Determinantes de Compensación de Desempleo
- Otro, Por Favor Describa

Si usted no puede proveer uno de los recursos de la documentación del ingreso alistados arriba, por favor explique porque esta información no está disponible:

**Yo entiendo que el Hospital pueda verificar la información financiera contenida en esta Aplicación para Asistencia Financiera ('Aplicación') en conexión con la evaluación del Hospital de esta Aplicación, y por mi firma por lo presente autorizo a mi empleador que certifique la información proporcionada en esta Aplicación. Yo también autorizo al Hospital que pida informes de las agencias de informes crediticios y la Administración del Seguro Social. Yo certifico que esta información es verdad según mi conocimiento y yo estoy consciente que la falsificación de la información en esta Aplicación pueda resultar en negación de asistencia financiera. Yo entiendo y proporcionaré cualquier documento respaldarte pendiente entere 30 días de mi firma abajo.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Partido Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hospital Approval /Title (Aprobación del Hospital /Título)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Estimado Paciente:

Como parte de nuestro compromiso en servir a la comunidad, Midland Memorial Hospital electa proporcionar asistencia financiera a los individuos quienes satisfacen algunos requisitos de ingreso.

Para determinar si una persona puede calificar para asistencia financiera, nosotros necesitamos obtener cierta información financiera como está indicado entre esta aplicación. Su cooperación nos permitirá darle consideración a su petición para asistencia financiera.

Por favor complete la Aplicación para la Asistencia Financiera y devuelva la forma completa a la Oficina de Egebilidad Financiera, o la forma completa puede ser enviada a la siguiente dirección:

Midland Memorial Hospital  
ATTN: Finacial Eligibility Office  
4214 Andrews Highway Suite 210  
Midland, Texas 79703

Usted continuará recibiendo facturas e intentos de colectar esta deuda continuarán hasta tal tiempo que la aplicación sea aprobada para la asistencia.

Por favor encuentre las instrucciones abajo para completar la aplicación financiera. Si necesita ayuda para completar la forma, siéntase libre de ponerse en contacto con nosotros al número 432.221.5255.

***Cualquier consideración o aprobación potencial de asistencia se aplica SOLO a los servicios rendidos por Midland Memorial Hospital y no es relacionado o se aplica en cualquier manera a cualquier factura medica si es de su médico atendiéndole o cualquier consultante, patólogo, radiólogo, o cualquier otro médico que puede está involucrado en su cuidado.***

#### **Sección A: Sueldo & Otros Recursos**

En la Sección A de la Aplicación para la Asistencia Financiera, por favor indique la Cantidad en Dólar que cada persona alistada recibe como compensación y si la cantidad representa compensación horaria, semanal, mensual, o anual. Las personas en el hogar incluyen el paciente, el cónyuge, y los otros contribuyentes al ingreso del hogar. En la última parte de la Sección A de la Aplicación para la Asistencia Financiera, por favor indique la Cantidad en Dólar que usted ha invertido en las cuentas de cheques, las cuentas de ahorros, acciones, fondos fiduciarios etc. En el segundo blanco, por favor indique la Cantidad en Dólar del ingreso que usted recibe anualmente de tales inversiones. Por ejemplo, en el primer blanco uno puede tener \$5,000 en una cuenta de ahorros y en el segundo blanco pueden poner que han ganado \$250 de interés anualmente en esa cuenta.

#### **Sección C: Miembros del Hogar**

La Sección C de la Aplicación para Asistencia Financiera pide información del número de personas en el hogar del paciente. Este número debe incluir al paciente, el cónyuge del paciente y los dependientes del paciente o cualquier otra persona viviendo en el hogar dándole cualquier apoyo. Si el paciente es menor, por favor incluya al paciente, la madre y/o el padre del paciente y/o guardián legal y cualquier Dependientes Residentes de la madre y/o el padre del paciente, y/o Guardián Legal y/u otro significante.

#### **Sección D: Verificación del Ingreso**

Para considera su petición para asistencia financiera, se requiere la verificación de los salarios reportados en la Sección A de la Aplicación para la Asistencia Financiera. Por favor provee una copia de la Forma IRS W-2, Salarios y Declaración de Impuesto; remisión del sueldo; declaración fiscal anual; estado bancario u otro indicador apropiado de ingreso o prueba de participación en un programa público como el Seguro Social, Comprensión de Desempleo, Medicaid, Programa de Salud Indígena del Condado, AFDC, Seguro de Desempleo, Estampillas de Comida, WIC, u otros relacionados programas similares indigencias.

***Si usted no puede proporcionar uno de los recursos de documentación del ingreso alistados arriba, por favor escriba una explicación en la Sección D de la Aplicación para la Asistencia Financiera.***

**Para ayuda en completar esta aplicación, por favor llámenos al número 432.221.5255, lunes a viernes entre el horario de las 8:00 a.m. y las 4:30 p.m.**