

ESCRIBA LOS NÚMEROS DE CUENTA QUE ESTÁN EN SUS ESTADOS DE CUENTA:	NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO (MRN):
--	---

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE		
Nombre del paciente (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Dirección de residencia del paciente (calle, ciudad, estado, código postal)		Condado
Teléfono del paciente	Estado civil <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	Nombre del cónyuge

EMPLEO **En las solicitudes de pacientes menores de edad es necesario escribir el total de ingresos del grupo familiar**

EMPLEO DEL PACIENTE O PARTE RESPONSABLE <i>Si el paciente es menor de edad: madre, tutor o padrastro/madrastra</i>	EMPLEO DEL CÓNYUGE U OTRA PARTE RESPONSABLE <i>Si el paciente es menor de edad: padre, tutor o padrastro/madrastra</i>
Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado - <i>Incluya el nombre y el teléfono del empleador anterior.</i>	Situación laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado - <i>Incluya el nombre y el teléfono del empleador anterior.</i>
Empleador	Empleador
Teléfono del empleador	Teléfono del empleador
Horas trabajadas por semana	Horas trabajadas por semana
Frecuencia <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	Frecuencia <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
Ingresos devengados \$	Ingresos devengados \$
Otros ingresos \$	Otros ingresos \$

Total de ingresos del grupo familiar del paciente: \$ _____ (Total de todos los ingresos de la lista de arriba)

Verificación de ingresos: Entregue una verificación (envíe solo copias, no documentación original) de todas las fuentes de ingresos del grupo familiar. <input type="checkbox"/> Remesa de cheque de pago <input type="checkbox"/> Verificación del empleador <input type="checkbox"/> Consulta de crédito (debe completarla BSWH) <input type="checkbox"/> Formulario W-2 del IRS <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos <input type="checkbox"/> Asistencia del gobierno (cupones de alimentos, CDIC, Medicaid, TANF)	<input type="checkbox"/> Estados de cuenta bancarios <input type="checkbox"/> Cartas de resolución de remuneración del Seguro Social, Compensación de los trabajadores o subsidio de desempleo <input type="checkbox"/> Otros: _____ Si no puede dar una de las fuentes de documentación de ingresos en la lista de arriba, explique por qué la información no está disponible:
---	--

FAMILIARES: Escriba la cantidad total de personas que conviven en el grupo familiar del paciente. Esta cantidad solo debe incluir al paciente, al cónyuge del paciente y a los dependientes del paciente.

BIENES Y OTROS RECURSOS ¿Tiene usted algún bien u otro recurso disponible? (Los ejemplos incluyen cuentas de ahorro, fideicomisos, acciones, bonos, cuentas de jubilación, fondos mutuos, etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, cantidad actual disponible: \$	¿Tiene usted seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, mencione el nombre del seguro:	¿Tiene usted una cuenta de ahorro para gastos médicos o una cuenta de gastos flexibles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, cantidad actual disponible: \$
---	---	---

Entiendo que Baylor Scott & White Health ("BSWH") puede verificar la información financiera que se incluye en esta Solicitud de ayuda económica ("Solicitud") en conexión con la evaluación de esta Solicitud de BSWH y, con mi firma, autorizo a mi empleador o cualquier persona mencionada en esta Solicitud a certificar o dar más información con respecto a la información que se da ella. También autorizo a BSWH a solicitar informes a las agencias de informes crediticios y a la Administración del Seguro Social. Certifico que las declaraciones hechas en esta Solicitud son verdaderas y correctas, hasta donde yo sé, y se hacen de buena fe. Soy consciente de que la falsificación o tergiversación de la información en esta Solicitud puede dar como resultado la denegación de ayuda económica. Además, entiendo que algunos médicos y proveedores pueden no ser empleados de BSWH. Entiendo que puedo recibir facturas por separado de esos proveedores y esta solicitud de ayuda económica no se aplicará a esos saldos adeudados.

Firma del paciente o parte responsable	Nombre en letra de molde	Fecha
--	--------------------------	-------

FOR HOSPITAL USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.	<input type="checkbox"/> Patient is part of community care programs
Signature of BSWH Employee / BSWH Rep: _____ Date: _____	Name of Program: _____