

**DISTRITO HOSPITALARIO DEL CONDADO DE HARRIS
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Todo primer solicitante deberá tener una entrevista frente-a-frente en uno de los Centros de Elegibilidad de el Distrito Hospitalario del Condado de Harris (HCHD) para recibir asistencia financiera. Si usted ha obtenido asistencia financiera previamente con HCHD, usted puede enviar la solicitud a cualquier Centro de Elegibilidad por fax, correo o entregar personalmente con toda la documentación necesaria para respaldar su información.

Por favor mande "copias" de todos los comprobantes requeridos

La dirección de correo es la siguiente:

**HCHD Financial Assistance Program
c/o Patient Eligibility Services
P.O. Box 300488
Houston, TX 77230**

El numero de fax es: (713) 566-6670

SUS RESPONSABILIDADES

Se le pedirá mostrar comprobantes de toda la información que escribió en su solicitud. Si necesita ayuda para obtener los comprobantes, la persona que le entrevistaste puede ayudarle.

Los siguientes son ejemplos de algunos de los documentos, que se le pedirán como comprobantes:

- **SU IDENTIFICACION PERSONAL Y LA IDENTIFICACION PERSONAL DE MIEMBROS DE SU FAMILIA**
Comprobantes: Licencia de Conducir o Identificación personal del Estado de Texas, identificación estudiantil con fotografía, carnet de identidad del trabajo con fotografía que sea valido, pasaporte con fotografía, documentos de inmigración con fotografía, tarjeta de crédito con fotografía, identificaciones de consulados extranjeros, acta de matrimonio, certificado de nacimiento, tarjeta del Seguro Social, certificado de Naturalización u otros documentos federales, registro hospitalario o de nacimiento, comprobantes de adopción, tarjeta de votante de los Estados Unidos, o talones de cheque.
- **DONDE VIVE Y DONDE PLANEA CONTINUAR VIVIENDO**
Necesitara un comprobante de dirección. Comprobantes validos con fecha de los últimos 60 días: cobro de servicios públicos, cobro de tarjetas de crédito, cobro de hipoteca, formulario de verificación del propietario de su casa, correo comercial a su nombre o de su cónyuge, documentos o cheques de beneficio de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, formulario de verificación domiciliaria completa por una tercera persona que sea confiable, que no viva con usted y que no sea su pariente. Comprobantes validos con fecha de los últimos 12 meses: Contrato de alquiler, documentos escolares de los menores, documentos del Departamento de Vehículos automotores, comprobantes de seguro o registro de automóvil, declaración de impuestos de propiedad, declaración de impuestos salarial mas reciente, carta del Servicio de Impuestos Internos o Seguro Social, documentos de certificación para estampillas de comida, Medicaid o CHIP, carta de agencia de servicios sociales, tarjeta de votante actualizada de los Estados Unidos, comprobantes de la oficina postal, archivos religiosos.
- **COMPROBANTES DE INGRESOS DE LOS PASADOS 30 DIAS**
Comprobantes: Talones de cheque, carta de verificación salarial, forma 1040 (verificación de declaración de impuestos vigente) si es trabajador independiente, cheques de pensión, manutención, Seguro Social, desempleo, retiro, jubilación o compensación de trabajador.
- **COMPOSICION DEL HOGAR**
Comprobantes: Certificado de nacimiento, certificado de bautismo, acta de defunción, forma 1040 del Servicio de Impuestos Internos, carta donde se otorga Seguro Social a los dependientes, comprobantes escolares, comprobantes de seguro, comprobantes de solicitud de inmigración a los Estados Unidos, decreto de divorcio o manutención, Popras de nacimiento, acta de nacimiento o brazalete de identificación del hospital para recién nacidos durante los primeros 12 meses de vida, comprobante de inscripción escolar para estudiantes de 18 a 23 de edad.
- **ESTATUS MIGRATORIO**
No tiene que ser Ciudadano Americano para solicitar asistencia financiera. Si no es Ciudadano Americano y tiene documentos de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración debe presentarlos para determinar si reúne los requisitos para obtener asistencia.
- **OTROS SEGUROS DE SALUD**
Comprobantes: Tarjetas de identificación de seguro medico (Medicad, Medicare, CHIP, CHIP Perinatal), pólizas de seguro, documentos de la corte u otros documentos legales.
- **RECURSOS**
Si tiene cobertura de Medicare y quiere solicitar un descuento en los servicios y cargos que Medicare no cubre, deberá proporcionar comprobantes de sus recursos y responsabilidad financiera (cuentas de banco, prestamos, tarjetas de crédito),

La información correspondiente al sexo y a la etnicidad es voluntaria. Deberá proporcionar la información correspondiente a los números de seguro social, si esta disponible. Esta información no cambiara la decisión de su elegibilidad.

Debe proporcionar la información correspondiente a los seguros de salud y cualquier tercero con responsabilidad financiera por servicios médicos pagados por ese programa para usted y miembros de su familia. Al firmar y entregar esta solicitud, usted esta de acuerdo en darle a HCHD el derecho a recuperar el costo de los servicios médicos que le fueron proporcionados a usted por HCHD.

Se le pedirá que solicite Medicaid, TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o beneficios de SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad) CHIP o CHIP Perinatal. Si se le pide que solicite uno de estos programas, es posible que siga siendo elegible para recibir asistencia financiera de HCHD por un periodo de tiempo limitado. Si no es elegible para estos programas, si ha respondido a todas las preguntas de la solicitud y si ha mostrado todos los comprobantes necesarios, su solicitud será procesada.

Después de entregar su solicitud, debe reportar cualquier cambio de domicilio, ingresos, personas que viven con usted o recibo de solicitud de SSI, CHIP, Medicaid, TANF o seguro medico dentro de 14 días de ese cambio. Si no reporta estos cambios es probable que pierda la asistencia financiera de HCHD.

Si usted reúne los requisitos para Asistencia Financiera y luego se determina que la información o que los comprobantes presentados son falsos, podrá perder su asistencia financiera por seis meses y puede que se requiera el pago a HCHD por los servicios brindados. También se le puede responsabilizar de cargos criminales y/o pena civil.

Si necesita asistencia o para hacer su primera cita por favor llame al 713-566-6509.



**DISTRITO HOSPITALARIO DEL CONDADO DE HARRIS
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Este es un documento gubernamental oficial. La información suministrada en este formulario, falsa o incompleta, puede y probablemente Resulte en accion criminal considerada en las Secciones 31.04,37.04,37.1 u otras partes delCodigo Penal de Texas.

Nombre del Solicitante: _____ Apellido de Soltera: _____
(Apellido, Nombre, Segundo nombre)

Direccion: _____ Condado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono Particular: _____ Telefono del trabajo: _____ Tarjeta Dorada: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Union Libre

Miembros de la Familia:

Apellido	Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Raza	Sexo	Empleado	Estado Legal
		Usted				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Residente Legal <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Indocumentado <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo
						M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Residente Legal <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Indocumentado <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo
						M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Residente Legal <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Indocumentado <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo
						M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Residente Legal <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Indocumentado <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo
						M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Residente Legal <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Indocumentado <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo
						M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Residente Legal <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Indocumentado <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo
						M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Residente Legal <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Indocumentado <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo

Desempleado? Ultimo dia de trabajo: _____ Nombre de Empleador: _____

Ha recibido alguna vez servicios a traves del HCHD? SI NO

Alguien esta embarazada? SI NO

Si, Quien? _____ Fecha probable de parto: _____

Alguien tiene seguro medico? SI NO

Si, Quien? _____ Nombre del seguro medico: _____
Numero de Miembro _____

Alguien a aplicado para beneficios del Seguro Social Suplemental? SI NO

Si, Quien? _____ Cuando? _____

Recursos Financieros: (por favor incluya todo lo que corresponda)

Ingresos, Propiedad de Renta, Manutencion de Ninos, Beneficios de Desempleo, Seguro Social/Discapacidad, Contribuciones, TANF, Com- pensacion de Trabajador, Trabajador Independiente (1040 Impuestos reciente), Beneficios de Veteranos, Pension, Asistencia de Gobierno.

Nombre de la persona que trabaja o recibe el dinero	Origen de Ingreso	Con que frecuencia?(semanal, quincenal, mensual)	Cantidad Recibida

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____