



Solicitud Para Asistencia  
Determinación de Medicare

Este es un Registro Gubernamental Oficial. La información dada en esta forma que no sea verdadera o este incompleta podría y probablemente resultara en acción criminal bajo las secciones 31-04, 37.10, u otras porciones del Código Penal de Texas.

**Requisito Federal**

A fin de calificar como indigente (necesitado) médicamente y recibir el descuento de elegibilidad, pacientes con Medicare también deben proveer información sobre sus recursos.

**Sección I**

Instrucciones: Señale para mostrar las cosas que Ud. Y su cónyuge tienen o están comprando. Si su respuesta es "sí", muestre la cantidad o el valor.

	Si	No	Numero de cuenta	Valor actual o cantidad
1. Cuenta(s) de Cheque(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$ _____
			Nombre y dirección de institución _____	
			_____	
2. Posesiones financieros <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$ _____
			Nombre y dirección de institución _____	
			_____	
3. Dinero efectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$ _____
4. Acciones, bonos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$ _____
			<b>Ano</b>	<b>Marca</b>
5. Primer carro o camioneta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
6. Vehículos adicionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
			_____	_____
			<b>Dirección</b>	<b>Valor de Propiedad</b>
7. Propiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
			_____	
8. Propiedad adicional <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$ _____
			_____	\$ _____

<sup>1</sup> Posesiones financieros incluyendo cuentas de ahorros, 401(k), IRAs, etc.  
<sup>2</sup> Propiedad adicional incluyendo petróleo, gas, derechos de mineral, propiedad compartida, etc.

**Total de Posesiones \$** \_\_\_\_\_

**Sección II**

**Excepción permisible**

La cantidad de excepción deberá igualar el valor del vehículo hasta un máximo de \$4,650. Use esta cantidad solamente si el paciente posee un vehículo

\$ \_\_\_\_\_

**Deudas y Obligaciones**

(Facturas u otras pruebas deben ser presentadas)

\$ \_\_\_\_\_

Préstamo para el primer carro o camioneta

Préstamo para otro vehículo(s)

\$ \_\_\_\_\_

Total de obligaciones y excepciones permisibles (tarjetas de crédito, prestamos, etc.)

\$ \_\_\_\_\_

**Acreeedor**

**Cantidad Debida**

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**Total de obligaciones y excepciones permisibles** \$ \_\_\_\_\_

**Sección III**

**Total Configurations**

Total posesiones (al otro lado) \$ \_\_\_\_\_

Total de obligaciones y excepciones permisibles \$ \_\_\_\_\_

**Neto** \$ \_\_\_\_\_

**Sección IV**

**Circunstancias Especiales**

Si Ud. No califica como indigente médicamente, Ud. Puede enlistar sus gastos o explicar cualesquiera circunstancia(s) especiales. (Arreglos de vivienda, condición medica, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sección V**

**Declaración**

Mis / nuestras respuestas a todas las preguntas precedentes, y las declaraciones que yo / nosotros he hecho son verdaderas y correctas de acuerdo a mi mejor conocimiento y creencia.

\_\_\_\_\_  
Firma de Recipiente de Medicare

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy