

SOLICITUD DE ASISTENCIA DISTRITO HOSPITALARIO DEL CONDADO DE HARRIS

Todo primer solicitante debera tener una entrevista de cara-a-cara en uno de los centros de elegibilidad de Distrito Hospitalario del Condado de Harris (HCHD) para recibir asistencia financiera. Sin embargo, si usted ha obtenido asistencia financiera previamente con HCHD, usted puede mandarla por fax, correo o entregar personalmente su solicitud con toda documentacion necesaria para respaldar su información a cualquier Centro de Elegibilidad.

- Por favor mande “copias” de toda documentacion requerida y pedida.

Direccion de correo es:

HCHD Financial Assistance Program
c/o Servicios de Elegibilidad de Pacientes
P.O. Box 300488
Houston, TX 77230

Numero de fax es: (713) 566-6670

SUS RESPONSABILIDADES

Si es necesario le preguntaremos que proporcione comprobantes de la información que escribio en su solicitud o decirle a la persona que le entrevistó. Si necesita ayuda para obtener los comprobantes, la persona que le entreviste le ayudará. O, podrá solicitar la intervención del supervisor en donde se lleva a cabo la entrevista.

Ejemplos de algunas cosas que le pediremos que compruebe o que podrá usar como comprobantes:

- **SU IDENTIFICACIÓN PERSONAL Y LA IDENTIFICACIÓN PERSONAL DE MIEMBROS DE SU FAMILIA.** Posibles comprobantes: Licencia de Conducir o Identificación personal del estado de Texas, identificación estudiantil con fotografía, identificación personal con fotografía en el trabajo, pasaporte con fotografía, documentos de inmigración con fotografías, carta de credito con fotografía, identificaciones extendidas por consulados extranjeros, licencia de matrimonio, certificado de nacimiento, tarjeta del Seguro Social, certificado de naturalización, comprobante de ciudadanía u otros documentos federales, registro hospitalario o de nacimiento, comprobantes de adopción, tarjeta de votante o talones de cheques.
- **DONDE VIVE Y DONDE PLANEA CONTINUAR VIVIENDO:** Necesitará un comprobante: con fecha en los 60 días pasados o con la fecha de un año atrás para cualquier otra documentación aplicable. Posibles comprobantes: recibos de servicios públicos, contrato de alquiler, documentos escolares de los niños o menores, recibo de hipoteca, formulario de verificación del alquiler, recibos de tarjetas de credito, recibo de impuestos a la propiedad, documentos del Departamento de Vehículos automotores, comprobantes del seguro del automóvil, registro automotor, copia de la declaración de impuestos anual más reciente, documentos certificados o cheques de beneficio recibido de la Administración del Seguro Social o de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, documentos certificados de las estampillas para alimentos, Medicaid o Medicare, carta de agencia de servicios sociales reconocida, correspondencia dirigida a usted o a su cónyuge, recibo de la guardería o de la niñera, tarjeta de votante actualizada, otorgadas por el Departamento de Seguridad Pública, formulario de verificación domiciliaria que complete una tercera persona respetable, comprobantes de la oficina postal, directorio entrecruzado de la ciudad, directorio telefónico, comprobantes de archivos religiosos.
- **COMPROBANTES DE LOS INGRESOS DE LOS PASADOS 30 DÍAS.** Posible comprobantes: talones de los cheques de pago, cheques de pago; la Forma W-2 de impuestos, carta de verificación de salario,

Forma No. 1040 de los impuestos del corriente año, cartas de beneficencia, cheques de pensión o jubilación.

- **COMPOSICIÓN DEL HOGAR** (quienes viven con usted) Posibles comprobantes: certificado de nacimiento, certificado de bautismo, el formulario de declaración de impuestos 1040 más reciente, carta donde se otorga Seguro Social a los dependientes, comprobantes escolares, comprobantes de seguros, comprobantes de solicitud de inmigración a los EE.UU. Solicitud de inmigración, sentencia de divorcio o de manutención infantil, la forma Popras del nacimiento, el acta de nacimiento o el brazalete de identificación del Hospital, comprobante de enrolamiento escolar para estudiantes de 18 a 23 años.
- **ESTATUS MIGRATORIO**
No tiene que ser ciudadano americano para solicitar asistencia financiera. Si no es ciudadano y tiene documentos del servicio de Inmigración y naturalización debe presentarlos para determinar si reúne los requisitos para obtener la asistencia.
- **OTROS SEGUROS DE SALUD**
Posibles comprobantes: carta de reclamos o de provisión del seguro, 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 los comprobantes de sus recursos y responsabilidad financiera.

La información correspondiente al sexo y a la etnicidad es voluntaria. Deberá proporcionar la información correspondiente a los números de seguro social, si está disponible. Este tipo de información no cambiará su situación de elegibilidad.

Debe proporcionar la información correspondiente a los seguros de salud y a los terceros con responsabilidad financiera por servicios médicos pagados por ese programa para usted y para miembros de su familia. Al firmar y remitir esta solicitud, usted acuerda darle al HCHD el derecho para recuperar el costo de los servicios médicos proporcionados por el HCHD de algún tercero.

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

Después de remitida su solicitud, debe reportar cualquier cambio de domicilio, ingresos, personas que viven con usted o los recibos de sus solicitudes de SSI, AFDC o Medicaid dentro de los 14 días de producido el mismo. Si no reportara estos cambios es probable que como resultado pierda la asistencia del HCHD.

Si usted reúne los requisitos para la asistencia financiera y luego se determina que la información o que los comprobantes presentados eran falsos, podrá perder su asistencia financiera, puede impedirse que vuelva a solicitar asistencia financiera por seis meses y que se requiera el pago al 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** llame al 713-566-6509.



Harris County Hospital District
Solicitud De Asistencia Financiera



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

Nombre del solicitante: _____ Apellido de soltera: _____
(Apellido, Nombre, Segundo nombre)

N° de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ País: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular #: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Numero de Emergencia: _____

Sexo: M F Estado civil: Soltero Casado Separada
Divorciado Viudo

(Marque las casillas correspondientes) Nueva Solicitud Renovacion Numero de Tarjeta Dorada _____

¿Ha recibido alguna vez servicios a través del HCHD? Sí No

¿Alguien está embarazada? Sí No ¿Alguien tiene seguro médico? Sí No

Si, Quien? _____ Fecha probable de parto: _____ Nombre del seguro médico: _____

¿Ha tenido un accidente en el trabajo? Sí No Número de Miembro: _____

Miembros del grupo familiar (Lista de los miembros en otra hoja de papel)

Apellido	Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	N° de Seg. Social	Empleado	Estatus Legal	Tarjeta Dorada
		USTED			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo/VISA <input type="checkbox"/> Indocumentado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo/VISA <input type="checkbox"/> Indocumentado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo/VISA <input type="checkbox"/> Indocumentado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo/VISA <input type="checkbox"/> Indocumentado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo/VISA <input type="checkbox"/> Indocumentado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Patrocinado <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo/VISA <input type="checkbox"/> Indocumentado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Recursos financieros o ingresos (marque todo lo que corresponda):

Empleador Recibos Efectivo

Trabajador independiente/Contratista 1099 1040 No declara impuestos Fecha de la última declaración de impuestos: _____

Desempleado Ultimo dia de trabajo _____ Beneficios de desempleo Compensación de Trabajador No tiene ingresos

Contribuciones en efectivo: ¿Cantidad? \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Manutención/pensión: ¿Cantidad? \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Seguro Social /Discapacidad: SSI SSDI RSDI Empleador ¿Cantidad? \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Jubilación/Retiro: ¿Cantidad? \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Beneficios de Veteranos: ¿Cantidad? \$ _____ ¿Frecuencia? _____

TANF: ¿Cantidad? \$ _____ ¿Frecuencia? _____

Otros: Asistencia gubernamental Asistencia educacional Víctima de crimen Subsidio por adopción

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del solicitante colateral: _____ Fecha: _____