

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

Todo primer solicitante deberá tener una entrevista de frente-a-frente 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 documentación necesaria para respaldar su información a cualquier Centro de Elegibilidad.

Por favor mande “copias” de toda documentación requerida y pedida. Asegúrese de:

- Responda todas las preguntas del primer punto, proporcione toda la información general y
- Firme y consigne la fecha en la última página de la solicitud.

Dirección 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

Si la solicitud no reúne los requisitos necesarios o documentos, se le devolverá con una carta que le permitirá visitar uno de los centros durante un Miércoles con la solicitud completa y la información requerida para poder obtener asistencia.

SUS RESPONSABILIDADES

Si es necesario le preguntaremos que proporcione comprobantes de la información que escribió en su solicitud o decirle a la persona que le entrevistó. Si necesita ayuda para obtener los comprobantes, la persona que le entrevistó 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 crédito 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 dos comprobantes: uno con fecha en los 60 días pasados y el otro con la fecha de un año atrás. 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 crédito, 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, Licencia de conducir o Identificación personal de Texas otorgadas por el Departamento de Seguridad Pública, formulario de verificación domiciliar 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.** Posibles 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 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 período 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.

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

Este es un documento gubernamental oficial. La información falsa o incompleta puede resultar en Acción criminal de acuerdo a las Secciones 31.04, 37.04, 37.10 u otras secciones del Código Penal de Texas.

(Marque los casilleros correspondientes) Nueva solicitud Renovación Reportando un Cambio

Nombre del Solicitante (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		Teléfono particular		Teléfono del trabajo		
Domicilio Postal (Calle o Apartado Postal)		Dpto. #	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
Domicilio Particular (Si es diferente al anterior)						
¿Ha usado otro nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Lista de nombres usados			
¿Por qué solicita ayuda ahora?			¿Cómo cubrió sus gastos hasta ahora?			

1. Complete la línea (a) su información. Complete los espacios a continuación con todas las personas que viven con usted, los considere o no parte de su hogar.

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Parentesco con usted	Fecha de Nacimiento.	SEXO	Raza	Ciudad. Amer		Extranj. Legal		En la Escuela		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
					Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Solicitante (a)	USTED MISMO										
(b)											
(c)											
(d)											
(e)											
(f)											
(g)											
(h)											

2. ¿Está casado o vive en unión libre (en pareja)?..... Sí No

3. ¿Alguien en su casa está discapacitado?..... Sí No

Si la última respuesta es afirmativa, ¿quién? _____

4. A continuación detalle todos los ingresos de su hogar:

Nombre de la persona que trabaja o recibe dinero	Nombre del empleador, persona o agencia que le paga	¿Con qué frecuencia?	¿Qué cantidad?	No. de reclamo del Seguro Social
INGRESO TOTAL:			\$	

5. ¿Usted o alguien que vive con usted ha trabajado en los últimos 3 meses? _____ Sí No

6. Organización de la vivienda:

Marque todos los casilleros correspondientes a su vivienda: <input type="checkbox"/> Casa propia o hipoteca <input type="checkbox"/> No es su residencia permanente <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Trabajador temporal en cosechas o migratorio <input type="checkbox"/> Vive con familiares o amigos					
Pago de renta mensual	Servicios Públicos mensuales	Teléfono	Impuestos de la casa	Seguro de la casa	¿Alguien le paga estos gastos?
\$	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

7. ¿Está usted o alguien que vive con usted embarazada? _____ Sí No

Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿quién? _____

8. ¿Alguien en su casa tiene pagos médicos pendientes en los pasados cuatro meses? _____ Sí No

9. ¿Alguien tiene seguro médico? _____ Sí No
 Si la respuesta es negativa, ¿tiene alguien acceso a seguro de salud a través de un empleador? _____ Sí No

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NOMBRE DEL EMPLEADOR QUE PROVEE EL SEGURO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA	TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

10. Nombre del Condado y del Estado donde reside permanentemente (donde está su hogar permanente):
 Condado: _____ Estado: _____

11. ¿Las personas en la lista que requieren asistencia planean quedarse en este condado y en este estado como residentes?
 Sí No

12. ¿Usted o alguien en su casa ha solicitado SSI? _____ Sí No

Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿Quién lo solicitó? _____ Fecha de la solicitud _____

13. Si está **desempleado**, por favor complete la siguiente información:
 Yo, _____ (su nombre), estoy desempleado. Mi ingreso mensual es de \$ _____, que recibo de _____ (de donde proviene el ingreso). El ingreso mensual adicional de mi familia inmediata viene de _____ (de donde proviene) y el total es \$ _____ por mes. Yo (nosotros) no tengo/ tenemos otros recursos financieros, incluyendo ahorros, propiedad inmobiliaria o de alquiler. Mi último empleador fue: Nombre de la Compañía _____, Domicilio _____, Teléfono _____.

14. Si usted es **trabajador independiente y no reporta impuestos**, complete la información a continuación:
 Yo, _____ (su nombre) estoy presentando _____ (comprobantes contables, recibos, etc.) para comprobar que mi ingreso bruto mensual es de \$ _____. Mi profesión es _____.

15. Si usted es **ama de casa**, complete la información a continuación:

Yo, _____ (su nombre) soy ama de casa. No recibo ningún ingreso ni en mi casa ni fuera de mi casa. La última vez que trabajé fue el _____. No estoy de licencia sin goce de sueldo en mi trabajo. He sido ama de casa por _____.

Mi recurso financiero para vivir es: _____

16. Si está **separada de su cónyuge**, complete la información a continuación:

Yo, _____ (su nombre) reconozco que he estado separada por _____

(duración) de _____ (nombre del cónyuge), que vive en (domicilio): _____

_____. Recibo mensualmente de mi cónyuge \$ _____.

17. Si **lo/ la mantiene otra persona que no es su cónyuge**, la persona que lo/ la mantiene debe completar la siguiente información:

Yo, _____ (nombre de la persona que lo/ la mantiene) reconozco que he mantenido a _____

_____ (nombre del cliente) por el siguiente período de tiempo: desde _____ hasta _____

Yo, le proporciono no le proporciono , casa y comida. Mi relación con esta persona es de _____.

Entiendo que no soy responsable por sus cuentas de gastos médicos a menos que tenga una responsabilidad legal por la cual mantenerla/ lo. El

origen de mis ingresos es _____ Firma: _____ Fecha: _____

Declaro haber dicho la verdad en lo que a mi concierne, mis respuestas a todas las preguntas son correctas y respondí de buena fe.

Estoy de acuerdo en proporcionar la información necesaria al personal de elegibilidad del HCHD para comprobar mi declaración acerca de mi elegibilidad. Cooperaré absolutamente con el personal del condado en cuanto al control de calidad o auditoría.

Estoy de acuerdo en reportar los siguientes cambios dentro de los 14 días:

- Ingresos
- Cantidad de personas que viven conmigo
- Domicilio
- Solicitud de un recibo de SSI, TANF o de Medicaid.

Se me ha informado y entiendo que esta solicitud será considerada sin tener en cuenta la raza, el color, la religión, el credo, el país de origen, la edad, el sexo, la discapacidad o la inclinación política; que podré apelar respecto a la decisión correspondiente a mi solicitud o a una re-certificación para asistencia; que podré solicitar en persona o por escrito una audiencia acerca de las acciones que afecten la recepción o la cancelación de la asistencia.

Entiendo que al firmar esta solicitud, le otorgo al HCHD el derecho de recuperar de terceros el costo de los servicios de asistencia médica recibidos y que hubiera proporcionado el HCHD. Me comprometo a brindar la información pertinente y necesaria para identificar y para localizar los recursos financieros para los servicios de asistencia médica.

Se me ha informado y entiendo que si no cumplo con las obligaciones que se me adjudicaron, esto puede considerarse retención voluntaria de información y en consecuencia la recuperación de cualquier pago o la demanda civil y criminal en mi contra.

ANTES DE FIRMAR, ASEGÚRESE QUE LAS RESPUESTAS ESTÉN CORRECTAS Y COMPLETAS

Firma del solicitante

Fecha