



## Instrucciones para el Formulario de Solicitud de Beneficencia/Asistencia Económica

La presente es una solicitud de asistencia económica (conocida también como cuidados de beneficencia) de Covenant Health System.

**La ley federal y estatal obliga a todos los hospitales a proporcionar asistencia económica** a las personas y las familias que cumplen ciertos requisitos en cuanto a sus ingresos. Es posible que usted califique para atención gratuita o atención a precio descontado, con base en el tamaño de su familia y los ingresos de la misma, aun si tiene seguro médico. Para visualizar nuestra política de asistencia económica y las directrices de escalas variables, favor de visitar la página web específica del hospital en [www.stjhs.org](http://www.stjhs.org) o la página web específica del hospital en [www.covenanthealth.org](http://www.covenanthealth.org).

**¿Qué cubre la asistencia económica?** La asistencia económica médica cubre la atención hospitalaria médicamente necesaria brindada por uno de nuestros hospitales, dependiendo de su elegibilidad. Es posible que la asistencia económica no cubra todos los gastos de atención médica, entre ellos los servicios proporcionados por otras organizaciones.

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud:** Nuestras políticas de asistencia económica, la información sobre los programas, y los documentos para la solicitud están disponibles en nuestro sitio web o por teléfono. Puede obtener ayuda por cualquier motivo, incluyendo ayuda por discapacidad y por problemas de idioma. Previa solicitud, puede obtener documentos escritos traducidos.

Puede comunicarse con nosotros en: [www.covenanthealth.org](http://www.covenanthealth.org)

Representantes de Atención al Cliente en: Covenant Health System en el 806-725-5773

### **Para que se pueda procesar su solicitud, usted deberá:**

- Proporcionarnos información acerca de su familia**  
Ingrese el número de miembros de familia que hay en su hogar ("familia" incluye a las personas que tienen parentesco por nacimiento, matrimonio, o adopción y que viven juntos)
- Proporcionarnos información acerca de los ingresos brutos mensuales de su familia (ingresos antes de descontar los impuestos y las deducciones), que incluye talones de pago, formularios W-2, declaraciones de impuestos, cartas de otorgamiento de seguro social, etc.** (para más ejemplos, vea la Sección sobre Ingresos del formulario de solicitud de asistencia económica)
- Proporcione documentación sobre los ingresos familiares y declare sus activos**
- Anexe información adicional según sea necesario**
- Firme el formulario de asistencia económica y ponga la fecha**

**Nota: No es necesario proporcionar un número de Seguro Social para solicitar asistencia económica.** Si usted nos proporciona su número de seguro social, ayudará a agilizar el trámite de su solicitud. Los números de seguro social sirven para verificar la información que se nos ha proporcionado. Si usted no tiene un número de seguro social, favor de marcar "No se aplica" o "NA."

**Envíe la solicitud llenada con toda la documentación a:** Covenant Health, Attn: Financial Assistance, P.O. Box 1201, Lubbock, TX 79408. No se olvide de guardar una copia para usted.

**Para presentar en persona su formulario de solicitud llenado:** Proporcióneselo a un representante en el departamento de de admisión del hospital.

Dentro de 30 días de recibir una solicitud de asistencia económica llenada, incluyendo la documentación sobre los ingresos, le notificaremos sobre la determinación final tomada con respecto a su elegibilidad y a sus derechos de apelación, de ser el caso.

Con la presentación de una solicitud de asistencia económica, usted da su consentimiento para que hagamos las indagaciones necesarias para confirmar sus obligaciones e información económicas.

**Nosotros queremos ayudarle. ¡Sírvese presentar su solicitud sin demora!  
Hasta no recibir su información, es posible que reciba facturas.**

## Formulario de Solicitud de Beneficencia/Asistencia Económica - confidencial

Favor de llenar toda la información por completo. Si no le es aplicable, escriba "NA". Anexe páginas adicionales, de ser necesario.

### INFORMACIÓN EVALUATIVA

¿Necesita un intérprete?  Sí  No Si contesta sí, identifique el idioma de preferencia

¿Ha solicitado el paciente Medicaid?  Sí  No

¿Recibe el paciente servicios públicos estatales como: TANF, Basic Food, o WIC?  Sí  No

¿Está el paciente actualmente sin techo?  Sí  No

¿La necesidad del paciente de atención médica está relacionada con un accidente automovilístico o laboral?  Sí  No

### ATENCIÓN

- No podemos garantizar que usted cumplirá el criterio para asistencia económica, aún si presenta una solicitud.
- Una vez que envíe su solicitud, es posible que verifiquemos toda la información y le pidamos información o pruebas de ingreso adicionales.
- Dentro de 30 días después de recibida su solicitud llenada y la documentación, le notificaremos si califica para recibir asistencia.

### DATOS DEL PACIENTE Y DEL SOLICITANTE

Nombre del paciente	Segundo nombre del paciente		Apellido del paciente
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (puede especificar _____)	Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social del paciente (opcional*)  <i>*opcional, pero es necesario para obtener ayuda más generosa, en exceso de los requisitos de la ley estatal</i>
Persona responsable de pagar la factura	Parentesco con el paciente	Fecha de nacimiento	Persona responsable de pagar la factura
Dirección postal _____ _____	Número(s) de contacto(s) principal(es) ( ) _____ ( ) _____		Dirección electrónica: _____
Ciudad	Estado	Código Postal	
Situación de empleo de la persona responsable de pagar la factura <input type="checkbox"/> <b>Empleado</b> (fecha de contratación: _____) <input type="checkbox"/> <b>Desempleado</b> (duración del desempleo: _____) <input type="checkbox"/> <b>Trabaja por su propia cuenta</b> (_____) <input type="checkbox"/> <b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> <b>Discapacitado</b> <input type="checkbox"/> <b>Jubilado</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro</b>			

### DATOS FAMILIARES

Detalle los miembros de su familia, incluyéndose a sí mismo. "Familia" incluye personas cuyo parentesco es por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntos.

**TAMAÑO DE LA FAMILIA** \_\_\_\_\_

Anexe una hoja

adicional de ser necesario

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el paciente	Si tiene 18 años o más: Nombre(s) del(de los) empleador(es) y fuente de ingresos	Si tiene 18 años o más: Total ingresos brutos mensuales (antes de deducir los impuestos):	¿Está también solicitando ayuda económica?  Si / No

					Si / No
					Si / No
					Si / No

**Es obligatorio divulgar los ingresos de todos los miembros adultos de la familia. Los siguientes son ejemplos de fuentes de ingreso:**

- Salario - Desempleo - Trabajo independiente - Compensación al trabajador - Discapacidad - SSI -  
 Manutención de cónyuge/hijos  
 - Programas de estudio y trabajo (estudiantes) - Pensión - Repartos de una cuenta de jubilación - Otros (*favor explicar \_\_\_\_\_*)



## Formulario de Solicitud de Beneficencia/Asistencia Económica - confidencial

### INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

**RECUERDE:** Deberá incluir pruebas de los ingresos junto con su solicitud.

Deberá proporcionar información sobre los ingresos de su familia. Es necesario verificar los ingresos para determinar la asistencia económica.

**Todos los miembros de la familia que tienen 18 años de edad o más deberán divulgar sus ingresos. Si usted no puede proporcionar documentación, puede presentar una declaración escrita y firmada que describe sus ingresos. Favor de proporcionar pruebas para cada fuente de ingresos identificada.**

**Algunos ejemplos de pruebas de ingresos son:**

- Una declaración de retención de impuestos "W-2"; o
- Talones de pago actuales (3 meses); o
- La declaración de impuestos del año anterior, incluyendo cualquier anexo de ser aplicable; o
- Declaraciones escritas y firmadas por empleadores u otras personas; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad de Medicaid y/o a asistencia médica financiada por el Estado; o
- Aprobación/denegación de elegibilidad de compensación por desempleo.

Si no cuenta con pruebas de ingresos o no recibe ingresos, favor de anexar una hoja adicional con la explicación.

### INFORMACIÓN SOBRE GASTOS

Usamos esta información para obtener una idea más completa de su situación económica.

Monthly Household Expenses:

Rent/mortgage	\$ _____	Medical expenses	\$ _____
Insurance Premiums	\$ _____	Utilities	\$ _____
Other Debt/Expenses	\$ _____ ( <i>child support, loans, medications, other</i> )		

### INFORMACIÓN SOBRE ACTIVOS

Se podrá hacer uso de esta información si sus ingresos están por encima del 101% de los lineamientos federales de pobreza.

Saldo actual de cuenta corriente \$ _____	¿Tiene su familia los siguientes activos adicionales? <b>Favor de marcar todos los que se aplican</b> <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Cuenta(s) de Ahorro Médica(s) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fideicomiso(s) <input type="checkbox"/> Propiedad (excluyendo la vivienda principal) <input type="checkbox"/> Propietario de un negocio
Saldo actual de cuenta de ahorros \$ _____	

### INFORMACIÓN ADICIONAL

Si hay más información acerca de su situación económica actual que desea que sepamos, por ejemplo una dificultad económica, gastos médicos excesivos, ingresos temporales o de temporada, o pérdida personal, favor de añadir una hoja adicional.

## ACUERDO DEL PACIENTE

Entiendo que Covenant Health Systems puede verificar la información, mediante la revisión de datos crediticios y la obtención de información de otras fuentes para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia económica o planes de pago.

Declaro que la información anterior es cierta y exacta a mi mejor saber. Entiendo que si se determina que la información económica que he proporcionado es falsa, puede resultar en la denegación de asistencia económica y podría ser responsable de y obligado a pagar los servicios brindados.

\_\_\_\_\_

Firma de la persona que solicita

\_\_\_\_\_

Fecha