



## Wise Health System

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del garante: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de servicio: \_\_\_\_\_  
Número de visita al hospital: \_\_\_\_\_ Numero de historia Clinica: \_\_\_\_\_

Estimado Paciente:

Adjunto encontrará la Solicitud de asistencia financiera del Wish Health System. El completar esta solicitud nos permitirá presentar su cuenta para que se considere la asistencia financiera para sus facturas del hospital o de la WHC de WHS. **Esto es solo para sus servicios / cargos de WHS y WHC.**

Las solicitudes se completan en el orden en que se reciben y pueden tardar hasta treinta (30) días en completarse. Todos los documentos requeridos deben recibirse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de solicitud. Los solicitantes con un hospital respaldado por impuestos que ofrezca los mismos servicios disponibles en su condado de residencia serán considerados solo después de que se utilicen los recursos disponibles.

**Si no tiene seguro, llame a Michele Burch al 682-316-6532 para que le realicen una prueba de seguro gubernamental antes de enviar su solicitud.**

**\*\* POR FAVOR PROPORCIONE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS \*\***

- \* Declaración de impuesto sobre la renta actual (se requiere la declaración de impuesto sobre la renta completa y DEBE acompañar todas las solicitudes).
- \* Estados de cuenta bancarios actuales de tres meses de cuenta corriente y de ahorros.
- \* Talón de cheque de nómina actual de tres (3) meses con ingresos brutos.
- \* Ingresos del Seguro Social del año en curso (se acepta copia del cheque, carta de beneficios del Seguro Social o extracto bancario que refleje el depósito directo).
- \* Identificación de cada miembro adulto del hogar.
- \* Comprobante de domicilio (factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento, carta de verificación de asistencia, correspondencia estatal o federal, etc.)
- \* Prueba de que se le han negado otros programas de asistencia financiera.

**\*\* EL NO PROPORCIONAR LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA PUEDE RESULTAR EN LA NEGACIÓN DE LA CONSIDERACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA \*\***

**Nuestra Misión: Brindar atención compasiva e innovadora a nuestra comunidad y pacientes con transparencia y excelencia.**  
**Nuestra visión: vidas transformadas y mejoradas a través de una mejor salud y resultados extraordinarios.**

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, no dude en llamar.

(940)626-1271 - Heather Justiss – 8:00-4:30pm M-F - [hjustiss@wisehealthsystem.com](mailto:hjustiss@wisehealthsystem.com)

(940)626-1304 – Veronica Zuniga – 8:00-4:30pm M-F [vzunigaper@wisehealthsystem.com](mailto:vzunigaper@wisehealthsystem.com)

**Dirección de envío: 2000 S FM 51, Decatur, Texas 76234**

Dirección física: 609 Medical Center Dr. Decatur, TX 76234 Phone #: 940-539-3644 Fax #: 940-626-1226





# Wise Health System

## SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA – PÁGINA 1

Nombre del paciente :Apellido \_\_\_\_\_ Nombre de pila \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo nombre \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número Cuenta del hospital: \_\_\_\_\_

MRN #: \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_ Separado/a \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos menores de 18 años? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Viven con usted? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Son hijos biológicos o legalmente adoptados? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿El paciente tiene empleo? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Su cónyuge tiene empleo? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Usted tiene Seguro medico? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Recibe beneficios de incapacidad? ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Eres un veterano? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

### FAMILIARES – (que vivan en el hogar)

Cónyuge: \_\_\_\_\_ Fec de Nac: \_\_\_\_\_

Hijo: \_\_\_\_\_ Fec de Nac: \_\_\_\_\_

Hijo: \_\_\_\_\_ Fec de Nac: \_\_\_\_\_

Hijo: \_\_\_\_\_ Fec de Nac: \_\_\_\_\_

Hijo: \_\_\_\_\_ Fec de Nac: \_\_\_\_\_

Otro/a: \_\_\_\_\_ Fec de Nac: \_\_\_\_\_

### INGRESOS (Monto mensual):

	<u>Sueldo bruto</u>	<u>Sueldo neto</u>
Paciente	\$ _____	\$ _____
Cónyuge	\$ _____	\$ _____
Dependientes	\$ _____	\$ _____
Asistencia pública	\$ _____	\$ _____
Stampillas de alimentos	\$ _____	\$ _____
Seguridad Social	\$ _____	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____
Compensación de trabajadores	\$ _____	\$ _____
Manutención de los hijos	\$ _____	\$ _____
Pensiones	\$ _____	\$ _____
Ingresos provenientes de Alquiler, dividendos, Intereses	\$ _____	\$ _____
<b>TOTAL</b>	\$ _____	\$ _____

### Gastos

	<u>Monto mensual</u>
Hipoteca/Alquiler	\$ _____
Utilidades	\$ _____
Pagos de automóvil	\$ _____
Comida / Comestibles	_____
Tarjetas de crédito	\$ _____
Otro (especifique)	\$ _____
<b>TOTAL</b>	\$ _____

### ACTIVOS

Cuenta corriente \$ \_\_\_\_\_

Cuenta de ahorros \$ \_\_\_\_\_

Cuenta individual de jubilación o CD \$ \_\_\_\_\_

Otras inversiones (acciones, bonos, etc.) \$ \_\_\_\_\_

Propiedades, tierras que no sean la vivienda principal \$ \_\_\_\_\_



**Wise Health  
System**

**SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA – PÁGINA 2**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleado: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleado: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_

¿En el momento está solicitando beneficios de Medicaid? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
 ¿Ha solicitado ayuda económica a través del programa hospitalario o de indigencia? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
 ¿Tienes Seguro médico? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
 En caso afirmativo: Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Política #: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

LA VERIFICACIÓN DE INGRESOS DEBE SER POR LO MENOS PARA LOS ÚLTIMOS (3) PERÍODOS DE PAGO. USTED PUEDE UTILIZAR UNA COPIA DE SU CHEQUE DE SEGURIDAD SOCIAL/CARTA DE ADJUDICACIÓN, ESTADO BANCARIO QUE VERIFICA EL DEPÓSITO DIRECTO. DEBERÁ PROPORCIONAR COPIAS DE TODOS LOS AHORROS Y CUENTAS CORRIENTES. SE LE PEDIRÁ QUE MUESTRE PRUEBA DE QUE HA SOLICITADO Y SE LE NEGÓ AYUDA PARA CUALQUIER OTRO PROGRAMA DE ASISTENCIA GUBERNAMENTAL

ENTIENDO QUE WISE HEALTH SYSTEM VERIFICARÁ LA INFORMACIÓN FINANCIERA DE ESTA SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA EN RELACIÓN CON LA EVALUACIÓN DE WHS DE ESTA SOLICITUD, Y CON MI FIRMA CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y PERCISA A MI MEJOR CONOCIMIENTO Y CREENCIA, Y SE HACE DE BUENA FE; SOLICITARÉ CUALQUIER AYUDA, COMO MEDICAID, CIHP COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS DE DELITOS, SSI O SEGURO QUE PUEDA ESTAR DISPONIBLE, PARA EL PAGO DE LOS CARGOS DEL HOSPITAL. SOY CONSCIENTE DE QUE LA FALSIFICACIÓN O FALSO DE INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD PUEDE RESULTAR EN LA NEGACIÓN DE AYUDA FINANCIERA.

**\*\*DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: LA APROBACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE WHS NO LE LIBERA DE NINGUNA OBLIGACIÓN CON SUS OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA. \*\***

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA SOLICITUD, SI ES EL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA SOLICITUD, SI NO ES EL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DEL PACIENTE      CIUDAD      ESTADO      CÓDIGO POSTAL      CONDADO      TELÉFONO