



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.

Last name alpha A-L (940)626-1271 - Heather Justiss – 8:00-4:30pm M-F - hjustiss@wisehealthsystem.com

Last name alpha M-Z (940)626-1304 – Stephanie Massengale – 8:00-4:30pm M-F smassengale@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	\$ _____	\$ _____
TOTAL	\$ _____	\$ _____

Gastos

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

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