



Gracias por elegir Peterson Regional Medical Center para sus necesidades de atención médica. Con el fin de determinar su elegibilidad para el programa de asistencia financiera interna, siga las instrucciones a continuación.

1. Comuníquese con Hospital Solutions, Inc. al (830)258-7744 para que lo evalúen para una posible asistencia a través de los programas del condado, estatales o federales. Debe ser evaluado por Hospital Solutions, Inc. antes de ser considerado para el programa interno de asistencia financiera.
2. Complete la solicitud adjunta.
3. Como prueba de los ingresos del hogar, adjunte lo siguiente, según corresponda:
 - a. Una copia de la declaración de impuestos sobre la renta del año anterior y todo el anexo (incluidos, entre otros, los formularios W-2, 1099, etc.)
 - b. Copias de los recibos de pago del último mes para usted y cualquier miembro empleado de su hogar, las últimas 2 si se paga quincenalmente y las últimas 4 si se paga semanalmente.
 - c. Comprobante de ingresos de trabajo por cuenta propia (es decir, extractos bancarios mensuales, carta de clientes para pago en efectivo).
 - d. Comprobante de ingresos del Seguro Social y / o por discapacidad.
 - e. Prueba de desempleo o compensación laboral.
 - f. Comprobante de pagos de pensión/jubilación.
 - g. Comprobante de pagos de manutención infantil/pensión alimenticia.
 - h. Comprobante de pago de asistencia pública, que incluye cupones de alimentos.

DEVUELVA LA SOLICITUD COMPLETA JUNTO CON TODA LA DOCUMENTACIÓN APROPIADA. SI NO RECIBIMOS LA SOLICITUD COMPLETA Y TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA SU SOLICITUD DE AYUDA SERÁ NEGADA. NO SE ENVIARÁ NINGÚN AVISO Y SE REANUDARÁ NUESTRO PROCESO NORMAL DE COBRANZA.

Si se aprueba, **SOLO** se considerarán las facturas elegibles con Peterson Regional Medical Center.

Envíe la solicitud completa con toda la documentación requerida en el sobre proporcionado a:

Peterson Health
BUSINESS OFFICE – FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM
551 Hill Country Drive
Kerrville, Tx 78028

Si tiene más preguntas sobre esta solicitud, llame a nuestra oficina al (830)258-7405.

Página dejada en blanco intencionalmente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del paciente		FDN	N.º de expediente médico
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
N.º de Seguro Social	Teléfono		Estado civil
Nombre y dirección del empleador			
N.º de teléfono del empleador	Cargo/Título		¿Cuánto tiempo estuvo empleado?

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si la solicitud es para un menor de edad)			
Nombre de la parte responsable			FDN
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
N.º de Seguro Social	Teléfono		Estado civil
Nombre y dirección del empleador			
N.º de teléfono del empleador	Cargo/Título		¿Cuánto tiempo estuvo empleado?

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (para el paciente, a menos que la solicitud sea para un menor, entonces ingrese el cónyuge de la parte responsable)			
Nombre del cónyuge	N. SS del cónyuge	FDN del conyuge	
Nombre y dirección del empleador			
N.º de teléfono del empleador	Cargo/Título		¿Cuánto tiempo estuvo empleado?

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES			
Nombre y fecha de nacimiento de todos los niños que pertenecen al grupo familiar (utilice páginas adicionales si necesita más espacio)			
Nombre	FDN	Nombre	FDN
Nombre	FDN	Nombre	FDN
Nombre	FDN	Nombre	FDN

CUESTIONARIOS ADICIONALES
¿Tiene seguro médico? S/N (En caso afirmativo, proporcione información sobre el seguro):
¿Tiene un caso actual de SSI/SSDI pendiente? Y/N (En caso afirmativo, proporcione la fecha de presentación del caso):

INGRESO MENSUAL				GASTOS MENSUALES			BIENES	
ARTÍCULO	Paciente o Parte resp.	Cónyuge	Otro	ARTÍCULO	Pago mensual	Pago actual	ARTÍCULO	Saldo/valor
Ingresos brutos (salarios)				Hipoteca/alquiler		S/N	Cuenta de cheques	
Seguro social o discapacidad				Servicios públicos (electricidad, gas, agua, recolección de residuos, cable/satélite, etc.)		S/N	Cuenta de ahorros	
Compensación por desempleo				Celular:		S/N	Money Market, CD, IRA	
Indemnización por accidente laboral				Provisiones		n/c	Automóvil año/marca/modelo	
Pensión alimenticia o manutención infantil				Cuidado infantil		S/N	Automóvil año/marca/modelo	
Asist. públ. (p. ej.: SNAP, Programa de asistencia nutricional suplementaria)				Pagos del auto		S/N	Acciones/Bonos/ Fondos mutuos	
Alquiler				Seguros (automóvil, hogar, salud, vida, etc.)		S/N	401K/403B	
Pensiones				Pensión alimenticia/ manutención infantil		S/N	Bienes raíces (Homestead)	
Regalías (petróleo, gas, etc.)				Médicos		S/N	Otro	
Otro				Otro		S/N	Otro	
TOTAL				TOTAL			TOTAL	

CERTIFICACIÓN DE IMPUESTO SOBRE LA RENTA
(para completar si NO presentó una declaración de impuestos)

Certifico que no presenté una declaración de impuestos del año anterior por los siguientes motivos: _____

Firma del paciente/parte responsable _____ Fecha _____

ACUERDO DEL PACIENTE

El abajo firmante solicita la asistencia financiera indicada en esta solicitud y declara que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y están hechas con el propósito de obtener asistencia financiera. Peterson Regional Medical Center conservará el original o una copia de esta solicitud, incluso si no se otorga asistencia financiera. El abajo firmante también acepta permitir que Peterson Regional Medical Center se comunique con cualquiera de, o todos, los mencionados anteriormente para verificar el crédito y los activos, incluidas las agencias de crédito.

Firma del paciente/parte responsable _____ Fecha _____