

Gracias por elegir Peterson Health para sus necesidades de atención médica. Para determinar si reúne los requisitos para el programa de asistencia financiera de Peterson Health, siga las instrucciones que aparecen a continuación.

1. Comuníquese con Hospital Solutions, Inc. al (830) 258-7744 para que evalúen si puede recibir asistencia a través de programas del condado, estatales o federales. Hospital Solutions, Inc. debe evaluarlo antes de que pueda considerarse su solicitud para el programa de asistencia financiera de Peterson Health.
2. Complete la solicitud adjunta.
3. Como comprobante de los ingresos del hogar, adjunte los siguientes documentos, según corresponda:
 - a. Una copia completa de su declaración de impuestos sobre los ingresos del año anterior y de todos los anexos (incluidos, entre otros, los formularios W-2, 1099, etc.).
 - b. Copias de los recibos de sueldo del último mes, tanto suyos como de cualquier miembro de su hogar que trabaje: los 2 últimos si reciben el pago cada dos semanas y los 4 últimos si lo reciben semanalmente.
 - c. Comprobante de ingresos por trabajo por cuenta propia (p. ej., estados de cuenta bancarios mensuales o cartas de clientes que acrediten pagos en efectivo).
 - d. Comprobante de ingresos del Seguro Social o por discapacidad.
 - e. Comprobante de prestaciones por desempleo o indemnización por accidentes de trabajo.
 - f. Comprobante de pagos de pensión o jubilación.
 - g. Comprobante de pagos de manutención infantil o pensión conyugal.
 - h. Comprobante de prestaciones de asistencia pública, incluidos los beneficios para la compra de alimentos.

DEVUELVA LA SOLICITUD COMPLETA JUNTO CON TODA LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE. SI NO RECIBIMOS LA SOLICITUD COMPLETA Y TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, SE DENEGARÁ SU SOLICITUD DE ASISTENCIA. NO SE LE ENVIARÁ NINGÚN OTRO AVISO Y SE REANUDARÁ NUESTRO PROCESO HABITUAL DE COBRANZA.

La asistencia financiera solo se considerará para servicios médicamente necesarios prestados por Peterson Regional Medical Center, Peterson Community Care Clinic, Peterson Providers at Home, Peterson Home Health, Peterson Hospice y Peterson Medical Associates. Esto no incluye facturas de terceros, como las de médicos de la sala de emergencias, patólogos y médicos hospitalistas, entre otras.

Devuelva la solicitud completa junto con toda la documentación requerida en el sobre proporcionado

a: Peterson Health
BUSINESS OFFICE – FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM
551 Hill Country
Drive, Kerrville, TX
78028

O envíe la documentación completa por correo electrónico a: FinancialAid@petersonhealth.com

Si tiene alguna otra pregunta sobre esta solicitud, llame a nuestra oficina al (830) 258-7405.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Correo electrónico
Domicilio	Ciudad	Estado Código postal
N.º de Seguro Social	Teléfono	Estado civil
Nombre y dirección del empleador		
Teléfono del empleador	Puesto/Cargo	¿Cuánto tiempo lleva trabajando allí?

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (si la solicitud es para un menor de edad)		
Nombre de la parte responsable	Fecha de nacimiento	
Domicilio	Ciudad	Estado Código postal
N.º de Seguro Social	Teléfono	Estado civil
Nombre y dirección del empleador		
Teléfono del empleador	Puesto/Cargo	¿Cuánto tiempo lleva trabajando allí?

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (del paciente, a menos que la solicitud sea para un menor de edad; en ese caso, ingrese la información del cónyuge de la parte responsable)		
Nombre del cónyuge	N.º de Seguro Social del cónyuge	Fecha de nacimiento del cónyuge
Nombre y dirección del empleador		
Teléfono del empleador	Puesto/Cargo	¿Cuánto tiempo lleva trabajando allí?

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES			
Nombre y fecha de nacimiento de todos los hijos que viven en el hogar (use páginas adicionales si necesita más espacio)			
Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento

PREGUNTAS ADICIONALES
¿Tiene seguro médico? S/N Si su respuesta es afirmativa, proporcione la información del seguro:
¿Tiene actualmente algún caso pendiente de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) o Seguro por Incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI)? S/N Si su respuesta es afirmativa, indique la fecha en que presentó el caso:

INGRESOS MENSUALES				GASTOS MENSUALES			ACTIVOS	
CONCEPTO	Paciente O parte responsable	Cónyuge	Otro	CONCEPTO	Pago mensual	Pago al día	CONCEPTO	Saldo/Valor
Ingresos brutos (salarios)				Hipoteca/Alquiler		S/N	Cuenta corriente	
Seguro Social o discapacidad				Servicios públicos (electricidad, gas, agua, recolección de residuos, cable/conexión satelital, etc.)		S/N	Cuenta de ahorros	
Prestaciones por desempleo				Celular		S/N	Cuenta del mercado monetario, certificado de depósito (Certificate of Deposit, CD), cuenta individual de jubilación (Individual Retirement Account, IRA)	
Indemnización por accidentes de trabajo				Alimentos		N/C	Año/marca/modelo del automóvil	
Manutención infantil o pensión conyugal				Cuidado infantil		S/N	Año/marca/modelo del automóvil	
Asistencia pública (p. ej.: Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP])				Pago del automóvil		S/N	Acciones/Bonos/Fondos mutuos	
Propiedad en alquiler				Seguros (automóvil, vivienda, salud, vida, etc.)		S/N	401(k)/403(b)	
Pensiones				Manutención infantil/Pensión conyugal		S/N	Bienes inmuebles (vivienda principal)	
Regalías (petróleo, gas, etc.)				Gastos médicos		S/N	Otro	
Otro				Otro		S/N	Otro	
TOTAL				TOTAL			TOTAL	

CERTIFICACIÓN DE IMPUESTOS SOBRE LOS INGRESOS
(complete esta sección si NO presentó una declaración de impuestos)

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

Firma del paciente/de la parte responsable Fecha

ACUERDO DEL PACIENTE

El abajo firmante solicita la asistencia financiera indicada en esta solicitud y declara que toda la información proporcionada es verdadera y se presenta con el fin de obtener asistencia financiera. Peterson Health conservará el original o una copia de esta solicitud, incluso si no se concede la asistencia financiera. El abajo firmante también autoriza a Peterson Health a consultar a cualquiera de las personas o entidades mencionadas anteriormente, incluidas las agencias de informes crediticios, para verificar la información sobre su crédito y sus activos.

Firma del paciente/de la parte responsable Fecha