



A nuestro estimado paciente:

Muchas gracias por elegir a CHRISTUS Health para sus necesidades de atención médica. Adjunto encontrará una solicitud para asistencia financiera del hospital. Esta es únicamente para sus gastos de hospital. Devuelva la solicitud completa y proporcione toda la documentación de respaldo a un asesor financiero del hospital.

Los pacientes con un ingreso familiar de o por debajo del 400% del índice de pobreza federal aplicable, que carezcan de fondos suficientes para pagar sus facturas, pueden ser elegibles para recibir asistencia. Además, los pacientes con facturas médicas considerables, independientemente de su ingreso, pueden ser elegibles para recibir asistencia. Además de los ajustes parciales o completos, la asistencia incluye acuerdos de pago ampliados.

Entendemos su deseo de privacidad. Por lo tanto, la información contenida en su solicitud será tratada como confidencial salvo para fines de verificación. Solo se compartirá dentro de CHRISTUS Health en la medida que se necesite.

Al recibir su solicitud completa, nuestro personal llevará a cabo una revisión de la solicitud para la posible asistencia para el saldo de sus cuentas con CHRISTUS Health. Le notificaremos por escrito después de nuestra revisión.

De nuevo, nos gustaría agradecerle por elegir a CHRISTUS Health para satisfacer sus necesidades de atención médica. Si tiene alguna pregunta con relación a la solicitud o la información anterior, comuníquese con un asesor financiero del hospital o llame al número que se indica a continuación.

Atentamente,

CHRISTUS Health

800-877-8623

Lunes a viernes

De 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora centro)



Pacientes de CHRISTUS Health Trinity Mother Frances envíe solicitud a:
CHRISTUS Health
Attn: Financial Assistance
PO Box 6997
Tyler TX 75711

Pacientes de otras localidades de CHRISTUS Health envíe solicitud a:
CHRISTUS Health
Attn: Financial Assistance
2900 North Loop West, Suite 1300
Houston, TX 77092
Fax: 210-766-9157

Fecha de la solicitud: _____ Nombre del fiador (si no es el paciente): _____

Nombre del paciente: _____ Fechas de servicio: _____

N.º de cuenta del hospital _____ N.º de expediente médico _____

- CHRISTUS St. Michael Hospital
- CHRISTUS St. Michael Hospital- Rehab
- CHRISTUS St. Michael Hospital – Atlanta
- CHRISTUS St. Frances Cabrini Hospital
- CHRISTUS Coushatta Health Care Center
- CHRISTUS Highland Medical Center
- CHRISTUS Bossier Emergency Hospital
- CHRISTUS St. Patrick Hospital
- CHRISTUS Oschner Lake Area Medical Center
- CHRISTUS Hospital – St. Elizabeth
- CHRISTUS Hospital – St. Mary
- CHRISTUS Jasper Memorial Hospital
- CHRISTUS St. Vincent Regional Medical Ctr
- Kate Dishman Rehabilitation Hospital
- CHRISTUS Good Shepherd Marshall
- CHRISTUS Good Shepherd Longview
- CHRISTUS Trinity Mother Frances- Tyler
- CHRISTUS Trinity Mother Frances- Winnsboro
- CHRISTUS Trinity Mother Frances- Rehabilitation

- CHRISTUS Children’s
- CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Medical Center
- CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Westover Hills
- CHRISTUS Santa Rosa Hospital – New Braunfels
- CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Alamo Heights
- CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Creekside
- CHRISTUS Santa Rosa Hospital – Alon
- CHRISTUS Santa Rosa Hospital –San Marcos
- CHRISTUS Spohn Hospital – Shoreline
- CHRISTUS Spohn Hospital – South
- CHRISTUS Spohn Hospital – Memorial
- CHRISTUS Spohn Hospital – Kleberg
- CHRISTUS Spohn Hospital – Alice
- CHRISTUS Spohn Hospital – Beeville
- CHRISTUS Trinity Mother Frances- Sulphur Springs
- CHRISTUS Trinity Mother Frances- Jacksonville
- CHRISTUS Trinity Mother Frances- South Tyler
- CHRISTUS Southern New Mexico – Alamogordo
- CHRISTUS Mount Pleasant



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre de los pacientes:		N.º de cuenta:	
DEBE PROPORCIONAR AL MENOS 1 DE LO SIGUIENTE: <input type="checkbox"/> Declaración de impuesto sobre la renta más reciente y completa <input type="checkbox"/> 3 recibos de cheque de pago más recientes <input type="checkbox"/> 3 estados de cuenta de cheques/ahorro más recientes <input type="checkbox"/> Carta de asignación de estampillas de comida, SSI/SSA/SSD <input type="checkbox"/> Si usted reporta un ingreso de \$0, adjunte una explicación breve de		DEBE PROPORCIONAR COMPROBANTE DE IDENTIDAD CON AL MENOS 1 DE LO SIGUIENTE: <input type="checkbox"/> Licencia de conducir vigente <input type="checkbox"/> Registro de extranjero <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación emitida por el estado cómo usted o el paciente satisfacen sus necesidades básicas	
DATOS PERSONALES: PERSONA RESPONSABLE		CÓNYUGE	
Nombre			
N.º de Seguro Social			
Fecha de nacimiento			
Dirección/N.º de apartamento			
Ciudad, estado, código postal			
N.º de teléfono de residencia			
INFORMACIÓN DE EMPLEO:			
Nombre del empleador			
Si trabaja por cuenta propia, explique			
Dirección			
N.º de teléfono			
Cantidad de horas trabajadas/semana			
Cargo			
Duración del empleo		Años	Meses
Salario bruto mensual			
OTROS MIEMBROS DEL HOGAR:			
Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Relación
Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Relación
Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Relación
Salario bruto mensual			
INGRESO ADICIONAL: Segundo empleo: N S: \$ ____/mes Pequeña empresa: N S: \$ ____/mes Otros: (p. ej., inversiones, ahorros, manutención infantil, gas otra ayuda gubernamental) \$ ____/mes ¿Hay algún tercero potencialmente responsable por sus gastos médicos (es decir, seguro de trabajadores, demanda)? E Sí E No Yo certifico que no puedo pagar todos los costos es verdadera y exacta. Entiendo que CHRISTUS Health financiera. He divulgado todos mis activos e ingresos, cargos penales. Yo acepto informar cualquier cambio o a cualquier agencia de informes de crédito, a investigar por mí o por cualquier otra persona con relación		DEUDA: Hipoteca de la casa: \$ ____/mes Contraída por: Saldo pendiente: \$ ____ Automóvil/barco/RV, etc.: \$ ____/mes de los servicios necesarios y que la información usará esta información para determinar Si no se declaran los activos o ingresos podría en mi situación financiera a CHRISTUS cualquier referencia, declaración, empleo a mi responsabilidad crediticia y financiera.	
Firma del paciente/Fiador		OTROS GASTOS: Facturas médicas: \$ ____/mes Facturas de farmacia: \$ ____/mes Otro: (p. ej., préstamos, renta, cable, comida teléfono, servicios públicos,) \$ ____/mes de automóvil, compensación de los que he proporcionado a CHRISTUS Health mi elegibilidad para recibir asistencia resultar en un recurso legal, incluyendo Health. Autorizo a CHRISTUS Health, u otra información proporcionada	
Firma del cónyuge		Fecha	