

Fundación Clínica Carrell
Solicitud de asistencia financiera

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____ Número de Seguro Social _____

Dirección de residencia del paciente _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condadodía _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ Número de teléfono _____ El estado civil: Casado Solo Viudo
 Separado Divorciado

Correo electrónico _____ Nombre del cónyuge _____

Empleado Sí No Empleado o Sí o No _____

Empleador del paciente _____ Empleador del cónyuge _____

Teléfono # _____ Teléfono # _____

** Si está desempleado, incluya el nombre y el número de teléfono del empleador anterior.**

A. Ingresos: Proporcione los ingresos de cada una de las siguientes personas en su hogar.	
Paciente <input type="radio"/> Jornada completa <input type="radio"/> Jornada parcial - Horas/Semana = _____ \$ _____ o Hora o Semana o Quincenal o Mensual o Anual \$ _____ Ingreso adicional	Complete solo si el paciente es menor de edad (de no ser así, deje el espacio en blanco) Padre del paciente <input type="radio"/> Jornada completa <input type="radio"/> Jornada parcial - Horas/Semana = _____ \$ _____ o Hora o Semana o Quincenal o Mensual o Anual \$ _____ Ingreso adicional
Cónyuge <input type="radio"/> Jornada completa <input type="radio"/> Jornada parcial - Horas/Semana = _____ \$ _____ o Hora o Semana o Quincenal o Mensual o Anual \$ _____ Ingreso adicional	Madre del paciente <input type="radio"/> Jornada completa <input type="radio"/> Jornada parcial - Horas/Semana = _____ \$ _____ Hora o Semana o Quincenal o Mensual o Anual \$ _____ Ingreso adicional
Ingreso total de la familia \$ _____	Ingreso total de la familia \$ _____

B. Verificación de ingresos: Proporcione verificación (envíe solo copias, no documentación original) para todas las fuentes de ingreso de familiar (documentación aceptable que se enumera a continuación). Controle los documentos adjuntos:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Remesa de cheque de pago | <input type="radio"/> Verificación del empleador | <input type="radio"/> Consulta de crédito (completada por la CCF) |
| <input type="radio"/> Formulario de IRS W-2 | <input type="radio"/> Declaración de impuestos | <input type="radio"/> Ayuda gubernamental (cupones de alimentos, CDIC, Medicaid, TANF) |
| <input type="radio"/> Estados de cuenta | <input type="radio"/> Otros (describa a continuación) | <input type="radio"/> Toda la documentación requerida. Tenga en cuenta que no podemos considerar su solicitud hasta que recibamos la documentación de verificación de ingresos y los detalles de su necesidad. |

Si no puede proporcionar una de las fuentes de documentación de ingresos enumeradas anteriormente, explique por qué esta información no está disponible:

C. Miembros de la familia: Proporcione el número total de personas en el hogar del paciente.
 (Este número solo debe incluir al paciente, al cónyuge del paciente y a los dependientes del paciente)

D. Activos y otros recursos:

¿Tiene algún activo u otros recursos disponibles para usted? (Los ejemplos incluyen cuentas de ahorro, fideicomisos, acciones, bonos, cuentas de jubilación, fondos mutuos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, importe actual disponible : \$ _____
¿Tienes seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique el nombre del proveedor: _____
¿Tiene una Cuenta de Ahorros para la Salud o una Cuenta de Gastos Flexibles?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, cantidad actual disponible: \$ _____

Entiendo que Carrell Clinic Foundation puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de Asistencia Financiera (Solicitud) en relación con la evaluación de esta Aplicación por parte de la Fundación Clínica Carrell, Y por medio de mi firma, autorizo a mi empleador o a cualquier persona incluida en esta Aplicación a certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta Aplicación.

También autorizo a la Fundación Clínica Carrell a solicitar informes de agencias de informes de crédito y la Administración del Seguro Social. Certifico que las declaraciones hechas en esta Aplicación son verdaderas y correctas, a mi mejor conocimiento y creencia, y son hechas de buena fe. Soy consciente de que la falsificación o la tergiversación de información en esta Aplicación puede dar lugar a la denegación de asistencia financiera.

Además, entiendo que algunos médicos y proveedores no pueden ser contratados con la Fundación Clínica Carrell. Entiendo que puedo recibir facturas separadas de esos proveedores y esta solicitud de asistencia financiera no se aplicará a esos saldos adeudados.

Firma del paciente o parte responsable

Nombre en letra de molde

Fecha

Solo para uso de la Fundación Carrell Clinic

Información de solicitud obtenida por el representante de Carrell Clinic Foundation en persona o por teléfono, no se requiere la firma del paciente.

Firma electrónica del representante de la Fundación Clínica Carrell

Fecha

Notas sobre la verificación de ingresos/número en el hogar:

carrellclinicfoundation.org

214-712-4200

INSTRUCCIONES PARA COPIAR EN FORMA IMPRESA

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE CARRELL CLINIC FOUNDATION

Por favor, llene todas las preguntas formuladas en la Solicitud de Asistencia Financiera. Además, debemos recibir documentación por escrito de sus ingresos junto con una carta o correo electrónico que indique su historial médico/necesidad médica actual y exactamente por lo que está solicitando asistencia financiera.

Tenga en cuenta que no podemos considerar su solicitud hasta que no recibamos documentación de verificación de ingresos y los detalles de su necesidad.

Envíe la documentación requerida por correo, correo electrónico o fax a:

Carrell Clinic Foundation
Attn: Dana Martinez
9301 N. Central Expressway
Suite 400
Dallas, TX 75231

el correo electrónico: dana@carrellclinicfoundation.org

Fax: 214.953.1210

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO RELLENABLE

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DE CARRELL CLINIC FOUNDATION

La aplicación es un formulario llenable. Llene todas las preguntas y haga clic en el botón "Enviar". Además, debemos recibir documentación escrita de sus ingresos junto con una carta que indique su historia médica/necesidad médica actual y exactamente por lo que usted está solicitando asistencia financiera. Si prefiere imprimir la solicitud y llenarla a mano, puede enviarla al mismo tiempo que la envía toda la documentación requerida. Tenga en cuenta que no podemos considerar su solicitud hasta que recibamos la documentación de verificación de ingresos y los detalles de su necesidad.

Envíe la documentación requerida por correo, correo electrónico o fax a:

Carrell Clinic Foundation
Attn: Dana Martinez
9301 N. Central Expressway
Suite 400
Dallas, TX 75231

el correo electrónico: dana@carrellclinicfoundation.org

Fax: 214.953.1210