

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Gracias por darnos la oportunidad de atender sus necesidades de atención médica y por expresar interés en nuestro Programa de Asistencia Financiera.

Complete esta solicitud y envíela junto con toda la documentación complementaria requerida dentro de los 15 días para evitar una posible denegación de su solicitud. La información que proporcione se mantendrá en estricta confidencialidad y no se utilizará para ningún fin que no sea el de evaluar su necesidad de asistencia financiera. No compartiremos esta información con ninguna persona u organización fuera de OakBend Medical Center, excepto con el fin de evaluar su necesidad de asistencia financiera.

**Proporcione la siguiente información de manera completa y precisa. La información está sujeta a verificación. Adjunte una lista de miembros familiares directos adicionales si hay más de cinco (5) miembros.**

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido)	N.º del Seguro Social	N.º total de miembros familiares
Dirección	Fecha de nacimiento	Teléfono residencial/móvil
Ciudad/Estado/Código postal		Teléfono del trabajo
Nombre del garante	Cuenta n.º	

Los dependientes pueden vivir fuera de su residencia principal si están declarados en su declaración de impuestos o la de su cónyuge.

Indique los nombres de TODOS los miembros familiares	Fecha de nacimiento	N.º del Seguro Social	Relación con el paciente	Seguro
1		- -		Sí/No
2		- -		Sí/No
3		- -		Sí/No
4		- -		Sí/No
5		- -		Sí/No

### Ingreso mensual

Ingreso mensual bruto (GMI)		
Fuente:	USD	
Fuente:	USD	
Fuente:	USD	
Fuente:	USD	
Fuente:	USD	
Total	USD _____	

Gastos médicos		Activos	
<b>Facturas médicas/de salud:</b>		Banco:	USD
Entidad de facturación:	USD	Banco:	USD
Entidad de facturación:	USD	Otro:	USD
Entidad de facturación:	USD	Total	USD
Entidad de facturación:	USD		
Entidad de facturación:	USD	<b>Deudas no médicas:</b>	
Entidad de facturación:	USD	Ítem 1:	USD
Entidad de facturación:	USD	Ítem 2:	USD
Total	USD _____	Ítem 3:	USD
		Total	USD

**CERTIFICO que la información que proporcioné es una declaración verdadera y precisa del tamaño de mi familia y del**

**ingreso familiar. Entiendo que cualquier tergiversación de esta información dará como resultado la denegación de la asistencia financiera.**

**Autorizo a OakBend a acceder a fuentes de información adicionales para verificar mi calificación para recibir asistencia.**

Firma del paciente/solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma

del cónyuge (si es cosolicitante) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Gracias por su solicitud y por la oportunidad que nos ha brindado para atender sus necesidades de atención médica. Envíe su solicitud completa y toda la documentación de respaldo a: Número de fax: 281-341-4838, correo electrónico: [finassistanceprogram@obmc.org](mailto:finassistanceprogram@obmc.org) o a la dirección de correo de EE. UU.: A la atención de: Patient Access – Financial Assistance, 1705 Jackson Street, Richmond, TX 77469. Llame al 281-633-4074 o al 281-341-2858 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con esta solicitud.

N.º 166706