



Estimado paciente/parte responsable:

Le proporcionamos esta solicitud porque es posible que reúna los requisitos para nuestro Programa de asistencia financiera de Hill Country Memorial.

A fin de reunir los requisitos para este programa, debe demostrar por escrito y con comprobantes, si se solicitan, que su capacidad para pagar las facturas del hospital es limitada. Si corresponde a su situación, debe haber solicitado la asistencia estatal, local o de Medicaid, o de cualquier otro programa de terceros, y se la han denegado o de alguna manera ha agotado sus beneficios de seguro actuales.

El formulario de solicitud adjunto solo se aplica a los centros de Hill Country Memorial Hospital. Los servicios de proveedores no relacionados o empleados por Hill Country Memorial son independientes de este programa, incluidas las facturas médicas que pueda tener de otros proveedores, como médicos, radiólogos, patólogos, servicios de ambulancia, etc. que no pertenezcan a Hill Country Memorial. Para obtener una lista completa de los proveedores cubiertos, puede visitar nuestro sitio web en hillcountrymemorial.org.

A fin de que lo consideren para la asistencia financiera total o parcial, debe completar todos los requisitos en los siguientes pasos para la Solicitud de asistencia financiera. El proceso de revisión puede tardar diez (10) días hábiles. Le notificaremos nuestra determinación a través de una carta.

**INFORMACIÓN REQUERIDA para la solicitud:**

- **Información del paciente**  
Debe incluir la información específica sobre el paciente y su hospitalización.
- **Información de la parte responsable**  
Puede ser el paciente. Debe incluir la información solicitada para la parte responsable y el cónyuge, si corresponde. La información específica sobre la dirección y el empleador es importante.
- **Información del hogar**  
La cantidad de personas que viven en el hogar es importante para determinar si el paciente reunirá los requisitos. Se debe enumerar cada miembro del hogar adicional.
- **Información sobre ganancias y otros ingresos**  
La información sobre los ingresos ayuda a determinar si el paciente reunirá los requisitos. La información es necesaria, debe enumerar todas las fuentes.  
Especifique si usted/el paciente recibe cualquier tipo de otra asistencia financiera.  
Describa cualquier otro medio con el que usted/el paciente cubra los gastos diarios de manutención.
- **Se requieren las firmas y la fecha.**

**El cargo total de la cuenta es de \$7500 o menos:**

Complete y firme la solicitud. La firma de la parte responsable será el requisito necesario para certificar que la información que se proporciona es precisa y para determinar la elegibilidad.

**El cargo total de la cuenta es de \$7501 o más:** Complete y firme la solicitud. Se requieren ejemplos de comprobantes reales por escrito para completar la solicitud y determinar la elegibilidad.

**Beneficiarios de Medicare (independientemente del saldo de la cuenta):**

Se requerirán comprobantes por escrito de la información si recibe beneficios de Medicare.

Los ejemplos de comprobantes por escrito incluyen los siguientes:

- 1) Un par de sus declaraciones del impuesto federal sobre los ingresos más recientes.
- 2) Comprobantes de los ingresos obtenidos o de la asistencia financiera recibida durante los últimos 12 meses.  
Los ejemplos de comprobantes por escrito son los siguientes:
  - a) Recibos de pago del empleador o cartas autenticadas del empleador en los que consten las ganancias de cada mes.
  - b) Documentación escrita de las fuentes de ingresos.
  - c) Asistencia financiera recibida de la Administración del Seguro Social, el programa de Asistencia a Familias con Niños Dependientes (AFDC) o la Comisión de Empleos de Texas.
  - d) Estados financieros de un contador público certificado para los ingresos de empleos independientes.
  - e) Comprobantes de becas obtenidas o préstamos recibidos.
  - f) Declaración jurada de apoyo (solo para estudiantes extranjeros). Nota: Se contactará a los patrocinadores a fin de determinar su elegibilidad para ayudar con el pago de la factura del hospital.
  - g) Si no ha percibido ninguna ganancia u otros ingresos, o no ha presentado una declaración de impuestos en los últimos 12 meses, es posible que deba proporcionar una carta de formulario 1722 del Servicio de Impuestos Internos al 1-800-829-1040.

**Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a uno de los números que figuran a continuación:**

Asesor financiero	(830) 997.1428
Servicio de Atención al Cliente	(830) 997.1260
Según el apellido por orden alfabético:	
A a L	(830) 997.1269
M a Z	(830) 990.6630