

TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE REQUEST

(SOLICITUD DE SERVICIOS SIN COMPENSACION)

As provided by Federal law, I/we ask Texas Children's Hospital to determine if I/we are eligible for help in paying for our child's hospital bill. I/we understand that I/we need to give certain information for this to be done. I/we also understand that Texas Children's Hospital or its agents will check these facts for accuracy. I/we understand that filling out this form does not guarantee that I/we will receive this help. If I am (we are) not eligible for uncompensated services, I am (we are) responsible for my child's hospital bill. *(De acuerdo con las leyes federales, solicitó/solicitamos a Texas Children's Hospital que decidida si soy/somos elegibles para recibir ayuda para pagar la factura del hospital de nuestro niño/a. Entiendo/entendemos que para esto necesito/necesitamos proporcionar cierta información. También comprendo/comprendemos que Texas Children's Hospital o sus agentes verifican la veracidad de esta información. Entiendo/entendemos que el llenar esta forma no garantiza que recibiré/recibiremos dicha ayuda. Si no soy/somos elegibles para servicios sin compensación, asumo/asumimos responsabilidad por el pago de la factura de hospital de mi niño/a)*

PATIENT INFORMATION (INFORMACION DEL PACIENTE)

Previous Patient? Yes or No *(Paciente anterior) (SI) (NO)*

Patient's First Name: <i>(Primer Nombre del Paciente)</i>		Patient's Last Name: <i>(Apellido del Paciente)</i>	
Street Address: <i>(Domicilio)</i>			
Phone Number: <i>(Teléfono)</i>		SSN: <i>(Número de Seguro Social)</i>	- -
Date of birth: <i>(Fecha de Nacimiento)</i>		Place of Birth: <i>(Lugar de Nacimiento)</i>	
Religion: <i>(Religión)</i>		Gender: <i>(Sexo)</i>	M or F
Ethnicity: <i>(circle one)</i> <i>(Grupo étnico)</i>	White / Black / Hispanic / Asian / Asian/Pacific Islander / Other		
Is the patient a U.S. Citizen? <i>(El paciente es ciudadano americano?)</i>	Yes or No <i>(Si) (No)</i>		
Is the Patient a legal U.S. Resident? <i>(El paciente es residente legal de U.S.?)</i>	Yes or No <i>(Si) (No)</i>		
Has financial assistance been requested previously? <i>(Anteriormente ha solicitado asistencia financiera?)</i>	Yes or No If yes, when? <i>(SI) (NO) (Si, Cuando?)</i>		
Potential Third Party Payor Source <i>(circle one)</i> <i>(Tiene seguro medico o otro tipo de plan, circule el plan) (circule una)</i>	Private Insurance / Medicaid/Medicaid HMO / Medicare CHIP / CHCN / Other:		
Physician's Name: <i>(Nombre de el Médico)</i>		Diagnosis: <i>(Diagnostico)</i>	

PARENT/GUARDIAN INFORMATION (INFORMACION DE PADRE/GUARDIAN)

Mother's Name: <i>(Nombre de la Madre)</i>		Mother's Last Name: <i>(Apellido de la Madre)</i>	
Date of Birth: <i>(Fecha de Nacimiento)</i>		SSN: <i>(Número de Seguro Social)</i>	
Employer Name: <i>(Nombre del Empleador)</i>		Work Phone: <i>(Numero de Teléfono de trabajo)</i>	
Employer Address: <i>(Domicilio del Empleador)</i>			
Father's Name: <i>(Nombre de el Padre)</i>		Father's Last Name: <i>(Apellido de el Padre)</i>	
Date of Birth: <i>(Fecha de Nacimiento)</i>		SSN: <i>(Número de Seguro Social)</i>	
Employer Name: <i>(Nombre del Empleador)</i>		Work Phone: <i>(Numero de Teléfono de trabajo)</i>	

TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL
FINANCIAL ASSISTANCE REQUEST
 (SOLICITUD DE SERVICIOS SIN COMPENSACION)

Employer Address:
 (Domicilio del Empleador)

HOUSEHOLD INFORMATION
 (INFORMACION DE CASA)

Number of Family Members living in household (Numero de miembros de familia que viven en la casa)

Name (Nombre)	Relationship (Relación)	Age (Edad)	Gender (Sexo)

INCOME INFORMATION
 (INGRESO DE SALARIO)

Wages (self) (Salario propio)	\$
Wages (spouse) (Salario de el esposo)	\$
Wages (other financially responsible parties) (otras personas financieramente responsables)	\$
Form of Self-Employment (Granja o Auto empleo)	\$
Public Assistance (Asistencia publica)	\$
Social Security Benefits (Beneficios de Seguro Social)	\$
Unemployment Compensation (Compensación por desempleo)	\$
Alimony (Pensión Alimenticia)	\$
Child Support (Pensión Infantil)	\$
Military Family Allotments (Asignación familiar militar)	\$
Pensions (Pensiones)	\$
Income from Dividends, Interest, Rental Property (Ingreso de dividendos, intereses, renta de propiedades)	\$
Trust Fund(s) (Fondos fiduciarios o fideicomisos)	\$
Other Income (Retirement/Disability, etc.) (Otros Ingresos)	\$

**TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL
FINANCIAL ASSISTANCE REQUEST**
(SOLICITUD DE SERVICIOS SIN COMPENSACION)

TOTAL INCOME
(Ingreso Total)

/Monthly

Please provide photocopies of the following if applicable to your situation:

- Most recent federal income tax returns if self employed
- Last 2 pay check stubs, or written verification of wages from employer, or current W2 forms
- Unemployment, disability, or child support payments
- Social Security check or bank statement showing deposit
- Most current 2 bank statements

If you are not able to provide the photocopies above, please explain why this information is not available:

Si usted no puede proporcionar las fotocopias anteriores, por favor explique porque razón esta información no está disponible:

If you have no income, please explain any assistance or support (e.g., housing, food, etc.) you receive:

Si usted no recibe ingresos, por favor explique sobre alguna asistencia o apoyo que reciba (por eje., vivienda, comida, etc.)

I/we declare under penalty of perjury that the answers I/we have given are true and correct to the best of my/our knowledge. <i>(Declaro/declaramos, bajo protesta de decir verdad que las respuestas aquí incluidas son ciertas y verdaderas, de acuerdo a mis/nuestros conocimientos.)</i>
I/we agree to tell the provider of services, within 10 days, if there are any changes in my (or the persons on whose behalf I am (we are acting) income, property, expenses, or in the person in the household or of any change of addresses. <i>(Estamos de acuerdo en informar al proveedor de servicios, dentro de un periodo de 10 días, sobre cualquier cambio en mi (nuestro) ingreso, propiedad, gastos, personas que viven en el hogar mío (nuestro o de la(s) persona(s) a nombre de la cual estamos realizando este tramite.)</i>
I/we understand that I/we may be asked to prove my statements and that my/our eligibility statements will be subject to verification by contact with my employer, bank, credit verification, and property searches. <i>(Comprendo/comprendemos que es posible que se nos solicite que demos prueba de nuestras declaraciones, y que la elegibilidad esta sujeta a ser verificada contactando a mi empleador, bando, verificación de crédito y búsqueda de propiedades.)</i>
I/we understand that the county and hospital are required by law to keep any information I/we provide confidential. <i>(Comprendo/comprendemos que la ley obliga al condado y al hospital a mantener la confidencialidad de la información proporcionada por mi/nosotros.)</i>
I/we further agree, that in consideration for receiving health care services as a result of an accident or injury, to reimburse the county or hospital from proceeds of any litigation or settlement resulting from such act. <i>(Además de esto, estoy/estamos de acuerdo en que, en consideración por recibir servicios de atención medica como resultado de un accidente o lesión, reembolsaremos al condado o al hospital cualquier fondo recaudado por algún litigio o acuerdo que resultase de dicho acto.)</i>
I/we understand that if I/we do not qualify for uncompensated services, I/we will be personally liable for the charges of the services rendered by Texas Children's Hospital or I/we may appeal decision in writing with additional documentation. <i>(Entiendo/entendemos que si no calificamos para servicios sin compensación, seré/seremos directamente responsables de los cargos por servicios prestados por Texas Children's Hospital, o podremos apelar la decisión por escrito con documentación adicional.)</i>

**TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL
FINANCIAL ASSISTANCE REQUEST**
(SOLICITUD DE SERVICIOS SIN COMPENSACION)

X	Date:
Signature of Mother/Guarantor: <i>(Firma de la Madre/Guardián)</i>	
X	Date:
Signature of Father/Guarantor: <i>(Firma del Padre/Guardián)</i>	

FOR TCH USE ONLY

Previous Financial Assistance Approved	Approved Amount:	Approved Date:
Previous Financial Assistance Denied	Denied Amount:	Denied Date:
Type of Service: Hospital Inpatient Outpatient/Clinic Hospital Emergency Room Take Home Pharmacy		
Amount Requested	\$	
Total Income	\$	
Total Deductions	\$	
Difference	\$	
Comments/Other Notes:		
X	Date:	
Signature Financial Counselor/Accounts Representative		
X		
Print Name		

Pending