

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, solicito/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 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 <i>(Paciente anterior)</i> (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>	
Employer Address: <i>(Domicilio del Empleador)</i>			

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

HOUSEHOLD INFORMATION
 (INFORMACION DE CASA)

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

Name <i>(Nombre)</i>	Relationship <i>(Relación)</i>	Age <i>(Edad)</i>	Gender <i>(Sexo)</i>

INCOME INFORMATION
 (INGRESO DE SALARIO)

Must provide photocopies of check-stubs and bank statements for the last two (2) months
(Favor de proveer fotocopias de los talones de cheque y estados de cuenta del banco de los últimos dos meses)

Wages (self) <i>(Salario propio)</i>	\$
Wages (spouse) <i>(Salario de el esposo)</i>	\$
Wages (other family members living in household) <i>(Salario de otros miembros de la familia viviendo en su casa)</i>	\$
Farm of Self-Employment <i>(Granja o Auto empleo)</i>	\$
Public Assistance <i>(Asistencia publica)</i>	\$
Social Security Benefits <i>(Beneficios de Seguro Social)</i>	\$
Unemployment Compensations <i>(Compensación por desempleo)</i>	\$
Alimony <i>(Pensión Alimenticia)</i>	\$
Child Support <i>(Pensión Infantil)</i>	\$
Military Family Allotments <i>(Asignación familiar militar)</i>	\$
Pensions <i>(Pensiones)</i>	\$
Income from Dividends, Interest, Rental Property <i>(Ingreso de dividendos, intereses, renta de propiedades)</i>	\$
Trust Fund(s) <i>(Fondos fiduciarios o fideicomisos)</i>	\$
Other Income (Retirement/Disability, etc.) <i>(Otros Ingresos)</i>	\$
TOTAL INCOME <i>(Ingreso Total)</i>	/Monthly

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

EXPENSES
(GASTOS)

Mortgage/Rent <i>(Renta/Hipoteca)</i>	\$
Auto Loans <i>(Prestamos de Automóvil)</i>	\$
Utilities <i>(Servicios de luz, agua, etc.)</i>	\$
Food <i>(Comida)</i>	\$
Loans <i>(Prestamos)</i>	\$
Credit Cards <i>(Tarjetas de crédito)</i>	\$
Alimony/Child Support <i>(Pensión Alimenticia/Pensión Infantil)</i>	\$
Medical Insurance <i>(Seguro de Medico)</i>	\$
Auto Insurance <i>(Seguro de Auto)</i>	\$
Medical Bills <i>(Cuentas Medicas)</i>	\$
Medications <i>(Medicamentos)</i>	\$
Other <i>(Otros gastos)</i>	\$
TOTAL EXPENSES	/Monthly

PROPERTY
(PROPIEDAD)

Do you own a home? Yes/No	If yes, estimated home value \$	Amount Owed\$
Do you own other property? Yes/No	If yes, estimated property value \$	Amount Owed\$

AUTOMOBILES

Model/Make <i>(Marca/Modelo)</i>	Year <i>(Año)</i>	Value <i>(Valor)</i>

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

SIGNATURES
(FIRMAS)

	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, banco, 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 mí/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 médica 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>

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>	

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

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		