



USMD Hospital at Arlington  
801 W. Interstate 20  
Arlington, TX 76017  
817-472-3400

Fecha / Date: \_\_\_\_\_ Nombre del garante / Guarantor Name: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente / Patient Name: \_\_\_\_\_

Fecha de atención / Date of Service: \_\_\_\_\_

Núm. de cuenta del hospital / Hospital Account # \_\_\_\_\_

Núm. de historia clínica / Medical Record # \_\_\_\_\_

Estimado paciente / Dear Patient:

Adjuntamos la solicitud de ayuda económica de USMD Hospital at Arlington. Esta solicitud nos permitirá presentar su cuenta para que se considere la posibilidad de brindarle ayuda económica para pagar sus cuentas del hospital. Es un servicio solo para los gastos hospitalarios. / *Attached you will find the USMD Hospital at Arlington Financial Assistance Application. Completion of this application will enable us to present your account for consideration of financial assistance for your hospital bill(s). This is for your hospital charges only.*

Es entendible que usted desee preservar su privacidad, de modo que, a menos que se necesite a los efectos de verificación, la información que incluya en su solicitud será tratada con la debida confidencialidad. Será utilizada solamente por USMD Hospital at Arlington según sea necesario. / *We understand your desire for privacy. Accordingly, except for verification purposes, the information included in your application will be treated as confidential information. It will only be shared within USMD Hospital at Arlington on a need-to-know basis.*

Por favor, rellene todos los campos de la solicitud. Si necesita más espacio para alguna explicación, utilice el dorso de la solicitud. / *Please complete each item on the application. If you need additional space for any explanations, please utilize the back of the application.*

Adjunte una copia de los comprobantes de pago de salario del mes en curso y de los dos meses anteriores o una copia de cualquier otro tipo de ingresos del núcleo familiar. Si usted no recibe comprobantes de pago de salario, presente una copia de sus estados de cuenta bancarios que muestren sus depósitos mensuales. Si es un empleado independiente, presente una copia de la declaración de impuestos más reciente y un estado actualizado de ganancias y pérdidas. El no presentar la documentación solicitada puede dar lugar a que no sea considerado para recibir ayuda financiera. / *Please provide copies of your current month and two prior months pay stubs and/or proof of any other form of income for the household. If you do not receive check stubs, please provide copies of your bank statements showing your monthly deposits. If self-employed, please provide a copy of your most recently filed personal income tax return and a current profit and loss statement. Failure to provide the requested documentation can result in a denial for financial assistance consideration.*



USMD Hospital at Arlington  
801 W. Interstate 20  
Arlington, TX 76017  
817-472-3400

Es sumamente importante que complete esta solicitud en cuanto la reciba y la envíe lo antes posible. /

*It is extremely important that you complete this application upon receipt and return it as soon as possible.*

Si tiene algún problema para completar la solicitud o si algo le resulta poco claro, sírvase llamarnos. Agradecemos su cooperación. /

*If you have difficulty completing this application or there is an area that is unclear, please call. Your cooperation is appreciated.*



USMD Hospital at Arlington  
 801 W. Interstate 20  
 Arlington, TX 76017  
 817-472-3400

**SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA – Página 1 / APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 1**

Nombre del paciente / Apellido / Last \_\_\_\_\_ Nombre de pila / First \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre / MI \_\_\_\_\_  
 Patient Name:

Número de Seguro Social / \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento / \_\_\_\_\_ Núm. cuenta del hospital / \_\_\_\_\_  
 Social Security # DOB: Hospital Account #:

Casado/a / \_\_\_\_\_ Soltero/a / \_\_\_\_\_ Divorciado/a / \_\_\_\_\_ Viudo/a / \_\_\_\_\_ Separado/a / \_\_\_\_\_  
 Married Single Divorced Widowed Separated

- ¿Tiene hijos menores de 18 años? / Do you have minor children (under 18)? \_\_\_\_\_ Sí / Yes \_\_\_\_\_ No
- ¿Viven con usted? / Do they live with you? \_\_\_\_\_ Sí / Yes \_\_\_\_\_ No
- ¿Son hijos biológicos o legalmente adoptados? / Are they your birth/legally adopted children? \_\_\_\_\_ Sí / Yes \_\_\_\_\_ No
- ¿El paciente tiene empleo? / Patient Employed? \_\_\_\_\_ Sí / Yes \_\_\_\_\_ No
- ¿Su cónyuge tiene empleo? / Spouse Employed? \_\_\_\_\_ Sí / Yes \_\_\_\_\_ No
- ¿Usted tiene seguro médico? / Do you have medical insurance? \_\_\_\_\_ Sí / Yes \_\_\_\_\_ No
- ¿Recibe beneficios de incapacidad? ¿Por cuánto tiempo? / Are you on disability? How long? \_\_\_\_\_ Sí / Yes \_\_\_\_\_ No
- ¿Es un excombatiente? / Are you a veteran? \_\_\_\_\_ Sí / Yes \_\_\_\_\_ No

**FAMILIARES – (que vivan en el hogar) / FAMILY MEMBERS – (Living in the home)**

Cónyuge / Spouse: \_\_\_\_\_

Hijo / Child: \_\_\_\_\_ Edad / Age: \_\_\_\_\_  
 Hijo / Child: \_\_\_\_\_ Edad / Age: \_\_\_\_\_  
 Hijo / Child: \_\_\_\_\_ Edad / Age: \_\_\_\_\_  
 Hijo / Child: \_\_\_\_\_ Edad / Age: \_\_\_\_\_

**INGRESOS (monto mensual) / INCOME (Monthly Amount):**

	<u>Sueldo bruto / Gross</u>		<u>Sueldo neto / Net</u>		<u>Gastos / Expenses</u>		<u>Monto mensual / Monthly Amount</u>	
Paciente / Patient	\$	_____	\$	_____	Hipoteca/Alquiler / Mortgage/Rent		\$	_____
Cónyuge / Spouse	\$	_____	\$	_____	Servicios públicos / Utilities		\$	_____
Dependientes / Dependents	\$	_____	\$	_____	Pagos de automóvil / Car Payments		\$	_____
Asistencia pública / Public Assistance	\$	_____	\$	_____	Alimentación / Food / Groceries		\$	_____
Estampillas de alimentos / Food Stamps	\$	_____	\$	_____	Tarjetas de crédito / Credit Cards		\$	_____
Número de Seguro Social / Social Security	\$	_____	\$	_____	Otro (especifique) / Other (please specify)			_____
Desempleo / Unemployment	\$	_____	\$	_____			\$	_____
Beneficios por huelga / Strike Benefits	\$	_____	\$	_____				_____
Seguro por accidentes	\$	_____	\$	_____	<b>TOTAL / TOTAL</b>		\$	_____



USMD Hospital at Arlington  
 801 W. Interstate 20  
 Arlington, TX 76017  
 817-472-3400

laborales / <i>Worker's Compensation</i>						
Pensión alimenticia / <i>Alimony</i>	\$ _____	\$ _____				
Manutención de menores / <i>Child Support</i>	\$ _____	\$ _____				
Pensiones militares / <i>Military Allotments</i>	\$ _____	\$ _____				
Pensiones / <i>Pensions</i>	\$ _____	\$ _____				
Ingresos provenientes de / <i>Income from:</i> CDs / <i>CD's</i> Alquiler, dividendos / <i>Rent, Dividends</i> Intereses / <i>Interest</i>	\$ _____	\$ _____				
<b>TOTAL / TOTAL</b>	\$ _____	\$ _____				

**ACTIVOS / ASSETS**

Cuenta corriente / *Checking Account* \$ \_\_\_\_\_  
 Cuenta de ahorros / *Savings Account* \$ \_\_\_\_\_  
 Cuenta individual de jubilación (IRA) o CD / *CD's, IRA's* \$ \_\_\_\_\_  
 Otras inversiones (acciones, bonos, etc.) / *Other Investments (Stocks, bonds, etc.)* \$ \_\_\_\_\_  
 Propiedades, tierras que no sean la vivienda principal / *Properties/Land other than primary residence* \$ \_\_\_\_\_



USMD Hospital at Arlington  
 801 W. Interstate 20  
 Arlington, TX 76017  
 817-472-3400

**SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA – Página 2 / APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 2**

Nombre del empleador / <i>Name of Employer</i>	_____	Empleador del cónyuge / <i>Spouse's Employer:</i>	_____
Teléfono / <i>Telephone #</i>	_____	Teléfono / <i>Telephone #</i>	_____
Dirección del empleador / <i>Employer Address</i>	_____	Dirección del empleador / <i>Employer Address</i>	_____
Ocupación / <i>Occupation</i>	_____	Ocupación / <i>Occupation</i>	_____

¿En el momento está solicitando beneficios de Medicaid? / <i>Are you currently applying for Medicaid Benefits?</i>	_____	Sí / Yes	_____	No
¿Ha solicitado ayuda económica a través del programa hospitalario o de indigencia de su condado? / <i>Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?</i>	_____	Sí / Yes	_____	No
¿Su médico le está prestando sus servicios de forma gratuita? / <i>Is your physician donating his/her services?</i>	_____	Sí / Yes	_____	No
¿Hay algún tercero que pueda responsabilizarse por su accidente, lesión o enfermedad? / <i>Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?</i>	_____	Sí / Yes	_____	No
¿Hay alguien que lo esté ayudando con el pago de sus cuentas del hospital? / <i>Is anyone assisting you with payment of your hospital bills?</i>	_____	Sí / Yes	_____	No
¿Quién lo está ayudando? / <i>Who is assisting you?</i>	_____			
¿Cuánta ayuda está recibiendo? / <i>How much assistance are you receiving?</i>	_____			

Indique cualquier otra información que considere útil para que podamos determinar si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar sus cuentas hospitalarias. / *List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your hospital bill.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ingresos o fondos que espera recibir durante el tiempo que no trabaje debido a su enfermedad (licencia por enfermedad, licencia pagada, ingresos por incapacidad a corto/ largo plazo) / *Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness (Sick leave, paid time off, short/long term disability income).*

\$ \_\_\_\_\_

Periodo de tiempo previsto durante el cual usted no pueda trabajar o generar ingresos / *Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:*

\_\_\_\_\_

Entiendo que USMD Hospital at Arlington puede verificar la información financiera contenida en la presente solicitud para efectos de la consideración por parte del hospital, y por este medio autorizo al hospital para comunicarse con mi empleador para comprobar la información proporcionada y solicitar informes a las agencias de informes de crédito. Entiendo que esta información será utilizada para determinar mi elegibilidad para recibir ayuda económica, y que la falsificación de información en la presente solicitud puede dar lugar a la negación de dicha ayuda. También entiendo que cualquier tipo de aprobación de ayuda económica puede rechazarse total o parcialmente en el caso de recuperación de parte de un tercero o de otra fuente. / *I understand that USMD Hospital at Arlington may verify the financial information contained in this application in connection with the hospital's evaluation of this application, and hereby authorize the hospital to contact my employer to certify the information provided and to request reports from credit reporting agencies. I am aware that this information will be used to determine my eligibility for financial assistance and that the falsification of information in this application may result in denial of Financial Assistance care assistance. I also understand that any*



USMD Hospital at Arlington  
801 W. Interstate 20  
Arlington, TX 76017  
817-472-3400

*Financial Assistance approval may be completely or partially reversed in the event of a recovery from a third-party or other source.*

*Entiendo, asimismo, que cualquier tipo de ayuda económica que reciba no podrá ser interpretada como una renuncia por parte del hospital o similar al reembolso del dinero adeudado y que cualquier reembolso que reciba vinculado a esta hospitalización debe ser enviado a USMD Hospital at Arlington. / I further understand that any Financial Assistance care I receive shall not be construed as a waiver by hospital of its hospital lien for reimbursement of any amount I owe and that any reimbursement I receive relating to this hospitalization must be sent to USMD Hospital at Arlington.*

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la solicitud, si es el paciente / *Signature of Person Making Request, If Patient*

\_\_\_\_\_  
Fecha / *Date*

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la solicitud, si NO es el paciente / *Signature of Person Making Request, If Not Patient*

\_\_\_\_\_  
Relación / *Relationship*

\_\_\_\_\_  
Dirección del paciente / *Patient's Address*  
Ciudad / *City*    Estado / *State*    Código postal / *ZIP* Condado / *County*

\_\_\_\_\_  
Teléfono del hogar / *Home Telephone Number*