

Nombre del paciente (Apellido, nombre, inicial 2° nombre) \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del paciente \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Estado civil (marque uno):  
\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_ Soltero(a) \_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_ Separado(a)/Divorciado(a)

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Paciente empleado? Sí No \_\_\_\_\_ Cónyuge empleado Sí No \_\_\_\_\_

Empleador del paciente: \_\_\_\_\_ Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

A. Ingreso Indique el ingreso de cada una de las siguientes personas en su unidad familiar.

<b>Paciente</b>	Tiempo completo	Tiempo parcial		<b>Cónyuge</b>	Tiempo completo	Tiempo parcial	
	Horas/Semana = _____				Horas/Semana = _____		
\$ _____	Hr.	Semanal	Cada dos semanas	Mensual	Anual		
\$ _____		<b>Ingreso adicional</b>		\$ _____		<b>Ingreso adicional</b>	
<b>Ingreso total de la unidad familiar \$ _____</b>							

B. **Verificación del ingreso:** Proporcione 2 verificaciones de ingreso (*envíe solo copias, no documentos originales*) para todas las fuentes de ingreso de la familia (documentos aceptables indicados a continuación).

**Declaración de impuestos (Recomendado)**      **Estado de cuenta bancaria (Recomendado)**      **Remesa de cheque de sueldo**  
Si no puede proporcionar los documentos recomendados, indique por qué.

C. **Familiares:** Indique el número total de personas en la unidad familiar del paciente.  
(Este número solo debe incluir al paciente, el cónyuge del paciente y los dependientes del paciente)

D. **Bienes y otros recursos: Encierre en un círculo una sola respuesta**

¿Cuenta con otros bienes u otros recursos económicos? (Algunos ejemplos son cuentas de ahorro, fideicomisos, acciones, bonos, cuentas de jubilación, fondos mutuos, etc.)	Sí	No	Si la respuesta es Sí, cantidad actual disponible: \$ _____
¿Tiene seguro médico?	Sí	No	Si responde Sí, indique el nombre del proveedor de seguro: _____
¿Tiene una cuenta de ahorros para la salud o una cuenta de gastos flexibles?	Sí	No	Si la respuesta es Sí, cantidad actual disponible: \$ _____

Entiendo que Methodist Health System (MHS) podría verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de ayuda económica en relación con la evaluación de MHS de esta Solicitud. Con mi firma en el presente documento autorizo a mi empleador o a cualquier otra persona indicada en esta Solicitud a certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta Solicitud. También autorizo a MHS a solicitar informes por parte de agencias de reportes crediticios y a la Administración del Seguro Social. Confirmando que las declaraciones en esta Solicitud son fieles y correctas, a mi mejor saber y entender, y que se han otorgado de buena fe. Estoy consciente de que toda falsificación o declaración falsa en esta Solicitud puede ocasionar que se deniegue la ayuda económica. Entiendo además que los médicos y proveedores no son empleados de MHS. Entiendo que puedo recibir facturas por separado de esos proveedores y que esta Solicitud de ayuda económica no aplica a esos saldos adeudados.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o parte responsable      Nombre en letra de imprenta      Fecha

Envíe por correo la Solicitud debidamente llena a

Methodist Health System  
CC 90840  
PO Box 655999  
Dallas, TX 75204