

1. INFORMACION DEL SOLICITANTE (RESPONSABLE):

Parentesco al paciente				Estado civil			
<input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja domestica <input type="checkbox"/> Otro:				<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado			
Apellido			Nombre			Inicial, segundo nombre	
Fecha de nacimiento			Teléfono de casa			Teléfono celular	
Dirección			Ciudad		Estado	Condado	Código postal
Empleador actual			Dirección del empleador (calle, ciudad, estado)			Teléfono del trabajo	
*Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado?							

Si marcó **SÍ** a **Casado o Pareja doméstica**, favor de completar Sección 2.

2. INFORMACION DEL CO-SOLICITANTE (RESPONSABLE):

Parentesco al paciente							
<input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Otro:							
Apellido			Nombre			Inicial, segundo nombre	
Fecha de nacimiento			Teléfono de casa			Teléfono celular	
Dirección			Ciudad		Estado	Condado	Código postal
Empleador actual			Dirección del empleador (calle, ciudad, estado)			Teléfono del trabajo	
*Si no está trabajando, ¿cuánto tiempo lleva desempleado?							

3. INFORMACIÓN FAMILIAR: Favor de brindar los nombres de todos los que vivan en el hogar.

Paciente: Sí o No	Apellido	Nombre	Inicial, segundo nombre	Fecha de nacimiento	Trabaja	Ingresos brutos
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cantidad total de personas que viven en el hogar:						

OTRAS PREGUNTAS SOBRE COBERTURA:

Marque la respuesta adecuada

A)	El paciente solicita asistencia con las facturas de:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios pasados (indicar fechas): • Servicios futuros (indicar fechas): 					
B)	¿El paciente tiene seguro médico? Si sí , favor de brindar la siguiente información:				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre de la compañía del seguro médico:			Nombre del suscriptor:		
	Número de identificación del miembro/paciente:			Número de grupo:		
	Nombre del grupo/empleador:		Fecha de entrada en vigor:	Teléfono de la compañía del seguro médico:		

Debe proporcionar una copia de uno de los siguientes documentos como prueba verificable de ingresos:

- Formulario W-2
- Declaración de impuesto del año anterior
- Los tres últimos talones de pago
- Comprobante de ingresos por manutención infantil
- Talones de cheque de pensión
- Cartas del Seguro Social o recibos de depósito (que muestren el monto de los depósitos del Seguro Social)
- Talones de cheque del desempleo
- Talones de pago de otros programas del gobierno
- Carta del empleador (con membrete de la empresa) que indique la cantidad de pago

4. INFORMACIÓN DE LOS INGRESOS:

Fuentes de ingresos mensuales	Solicitante	Co-solicitante	Ingresos mensuales combinados
Salarios	\$	\$	\$
Asistencia pública	\$	\$	\$
Seguro Social	\$	\$	\$
Compensación de desempleo	\$	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$	\$
Manutención infantil	\$	\$	\$
Pensión	\$	\$	\$
Ingresos por alquiler, bienes raíces	\$	\$	\$
Dividendos, intereses	\$	\$	\$
Otros ingresos (describa)	\$	\$	\$
INGRESOS MENSUALES TOTALES COMBINADOS:			\$

DIVULGACIÓN: ANTES DE SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA CON COOK CHILDREN'S HEALTH CARE SYSTEM, DEBE PRESENTAR PRUEBA DE SOLICITUD O RECHAZO DE MEDICAID, CSHCN, CHIP O CUALQUIER OTRO PROGRAMA ESTATAL PARA EL CUAL SU HIJO PUEDA SER ELEGIBLE O PROPORCIONAR DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS QUE INDIQUE QUE NO ES POSIBLE LA ELEGIBILIDAD. SI NO LO HACE, PODRÍA SER DESCALIFICADO DE FORMA AUTOMÁTICA.

Cook Children's Health Care System puede requerir que un solicitante de asistencia financiera proporcione cualquier información que sea razonablemente necesaria para substanciar la elegibilidad del solicitante. El no hacerlo dentro del plazo establecido en la Póliza de Asistencia Financiera de Cook Children's resultará en la denegación de la elegibilidad, y la factura completa será exigible y pagadera de inmediato. También entiendo que, si la información que presento es falsa, la solicitud será denegada y cualquier determinación previa de elegibilidad para servicios no compensados será revocada retroactivamente, y seré responsable del pago de todos los cargos. Certifico que la información contenida en la solicitud es verdadera, correcta y completa. Entiendo que, si esta solicitud de asistencia financiera es rechazada por cualquier motivo, seré completamente responsable de las obligaciones financieras derivadas de los servicios de atención médica prestados por Cook Children's. Además, entiendo que, si recibo asistencia parcial, seré completamente responsable del saldo restante.

5. FIRMA

Solicitante / Co-solicitante	Fecha

Regresar aplicación complete a:

 801 Seventh Avenue
 Fort Worth, TX 76104-2796

O por correo electrónico a:

CBOfinancialcounselor@cookchildrens.org

O por fax al:

682-885-1396