



# Carta de respaldo

Número de registro médico del paciente/número de cuenta \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que respalda \_\_\_\_\_

Relación con el paciente/solicitante \_\_\_\_\_

Dirección de la persona que respalda \_\_\_\_\_

Para PAM Rehabilitation Hospital of Round Rock:

Esta carta es para informar que (nombre del paciente) \_\_\_\_\_ recibe pocos ingresos, o ninguno, y que yo estoy ayudando con sus gastos de vida. Esta persona no está legalmente obligada frente a mí.

Al firmar esta declaración acepto que la información proporcionada es verdadera, a mi leal saber y entender.

Firma de la persona que respalda \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



[Date]

Estimado paciente/solicitante:

PAM Rehabilitation Hospital of Round Rock se basa en la compasión y se dedica a brindar atención personalizada a todos, especialmente a los más necesitados. Ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes es nuestra misión y un privilegio. La asistencia financiera solo está disponible para emergencias y otros tipos de atención médicamente necesaria. Gracias por confiarnos la atención médica de todas sus necesidades de salud y las de su familia.

Le enviamos en adjunto la carta y la solicitud de asistencia financiera debido a que hemos recibido su solicitud. Si no ha enviado una solicitud, puede hacer caso omiso. Por favor, complete por ambos lados e incluya su firma y la fecha antes de devolverlo. Si usted completó una solicitud en los seis meses pasados y se le aprobó la asistencia financiera, por favor notifíquenos. Puede que no necesite completar una solicitud nueva. No consideraremos una solicitud previa que tenga más de seis meses de antigüedad.

Junto con la solicitud, provea una copia de uno de los siguientes elementos como prueba de ingresos como mínimo. Si está casado o vive con una persona con quien mantiene una relación estable durante 6 meses o más, también tendrá que proporcionar una copia de, al menos, uno de los siguientes elementos como prueba de sus ingresos antes de que se pueda tramitar la solicitud.

- Copias de los 3 recibos de pago de sueldo más recientes emitidos por el empleador.
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos).
- Carta de adjudicación del Seguro Social o de la pensión de jubilación.
- La declaración de impuestos anual más reciente de los padres o tutores, si el solicitante es un dependiente que figura en su formulario de impuestos y es menor de 25 años.
- Otros documentos de validación de ingresos.
- Copias de los estados de cuenta bancarios de los 3 meses pasados.
- Copia del recibo de beneficios de desempleo.

Si recibe ayuda de alguien más o vive con familiares o amigos, haga que completen el formulario adjunto titulado "Carta de respaldo". Esto no los hará responsables de sus facturas médicas. Esto ayudará a mostrar la manera en que puede pagar sus gastos de vida. Si no recibe ayuda de su familia ni de sus amigos, no necesita llenar el formulario de la Carta de respaldo.

Por último, sírvase proporcionar también la documentación correspondiente como prueba de sus gastos médicos y farmacéuticos mensuales pendientes.

Tome en cuenta que la solicitud debidamente llena, junto con la prueba de ingresos, debe ser recibida para que la solicitud sea considerada. No podemos procesar ni considerar solicitudes que no estén completas.

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información que se incluya en un correo electrónico sea interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigida.

Queremos proteger su información personal y asegurarnos de que permanezca segura. Dado que la solicitud contiene su número de Seguro Social y otra información privada, le instamos a que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Por favor, imprima y envíe por correo o entregue en persona su solicitud debidamente llenada a la siguiente dirección:

**PAM Rehabilitation Hospital of Round Rock**  
**351 Seton Parkway**  
**Round Rock, TX 78665**  
**Attn: Admissions Officer**

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame a uno de nuestros representantes de pacientes al 737-708-9800.

Atentamente,

Servicios Financieros para el Paciente  
PAM Rehabilitation Hospital of Round ROCK

# Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera



## Información del paciente

(Todos los campos se deben completar en letra de imprenta. Si alguna línea individual de la solicitud no aplica para usted, escriba N/A)

Fecha \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_  
Nombre (nombre y apellido) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_  
Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Información de la persona responsable o del tutor legal

(Si el paciente en cuestión es también la persona responsable, deje esta sección en blanco).

Nombre (primer nombre y apellido) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_  
Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Información del cónyuge de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre (primer nombre y apellido) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_  
Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Dependientes de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_

Número de adultos y niños que viven en el grupo familiar \_\_\_\_\_

## Ingresos mensuales

(Complete la información de esta sección utilizando cantidades en dólares para cada uno de los elementos que se enumeran a continuación. Indique una cantidad mensual para cada uno).

Ingresos devengados del solicitante \_\_\_\_\_  
Ingresos del cónyuge del solicitante \_\_\_\_\_  
Beneficios del Seguro Social \_\_\_\_\_  
Ingresos por pensión/jubilación \_\_\_\_\_  
Ingresos por incapacidad \_\_\_\_\_  
Compensación por desempleo \_\_\_\_\_  
Indemnización laboral \_\_\_\_\_  
Ingresos por intereses/dividendos \_\_\_\_\_

Manutención infantil recibida \_\_\_\_\_  
Pensión alimenticia recibida \_\_\_\_\_  
Ingresos por alquiler de propiedades \_\_\_\_\_  
Cupones de alimentos \_\_\_\_\_  
Distribución de fondos fiduciarios recibidos \_\_\_\_\_  
Otros ingresos \_\_\_\_\_  
Otros ingresos \_\_\_\_\_  
**Total de ingresos brutos mensuales \$** \_\_\_\_\_

## Gastos mensuales de costo de la vida

Hipoteca/alquiler \_\_\_\_\_  
Servicios públicos \_\_\_\_\_  
Teléfono (fijo) \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
Comestibles/alimentos \_\_\_\_\_  
Servicio de cable/internet/televisión satelital \_\_\_\_\_  
Pago de automóvil \_\_\_\_\_  
Cuidado de los niños \_\_\_\_\_

Manutención infantil/pensión alimentaria \_\_\_\_\_  
Tarjetas de crédito \_\_\_\_\_  
Facturas de médicos y hospitales \_\_\_\_\_  
Seguro de automóvil \_\_\_\_\_  
Seguro de vivienda/propiedad \_\_\_\_\_  
Seguro médico/salud \_\_\_\_\_  
Seguro de vida \_\_\_\_\_  
Otros gastos mensuales \_\_\_\_\_  
**Total de gastos mensuales \$** \_\_\_\_\_

## Activos

Efectivo/ahorros/cuentas corriente \_\_\_\_\_  
Acciones/bonos/inversiones/certificados de depósito \_\_\_\_\_  
Otros bienes inmuebles/vivienda secundaria \_\_\_\_\_  
Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo \_\_\_\_\_  
Automóviles de colección/automóviles no esenciales \_\_\_\_\_  
Otros activos \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y está completa. Por la presente, autorizo al hospital para obtener información brindada por organismos externos de reportes crediticios en caso de que hospital lo considere necesario.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Comentarios** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_