

### **Estimado paciente:**

Gracias por elegir a Ascension Seton. Ascension Seton es un ministerio católico de atención médica cuya misión nos inspira a cuidar y mejorar la salud de aquellos a quienes atendemos, con un especial interés por los pobres y los vulnerables. En apoyo a nuestra misión, ofrecemos asistencia financiera a los pacientes que no pueden pagar la atención médica.

Como nos lo pidió, le adjuntamos una solicitud de asistencia financiera. Complete ambos lados, incluidas su **firma** y la **fecha**, antes de devolverla a Servicios Financieros para Pacientes para tramitación.

Además de las páginas de la solicitud, se requiere que usted envíe la documentación de constancia de ingresos de todos los ingresos de su familia para que se considere esta solicitud. Las solicitudes incompletas no se tramitarán. **Además, solicitamos que se utilicen todos los demás recursos económicos disponibles antes de evaluar la elegibilidad para recibir atención de caridad.**

Con el fin de determinar la elegibilidad, los ingresos incluyen las entradas de efectivo mensuales/anuales totales antes de los impuestos de todos las fuentes, entre otras:

- salarios y sueldos monetarios antes de cualquier deducción;
- ingresos netos de un empleo agrícola por cuenta propia (ingresos de una granja que una persona opera como propietario, arrendador o aparcerero, después de las deducciones por gastos de operación de la granja);
- ingresos netos de un empleo no agrícola por cuenta propia (ingresos de un negocio propio sin personería jurídica, una empresa profesional o una sociedad de una persona, después de deducciones por gastos de negocios);
- Seguro Social;
- jubilación ferroviaria;
- compensación por desempleo;
- beneficios por huelga de fondos del sindicato;
- compensación a los trabajadores;
- beneficios para veteranos;
- asistencia pública (que incluye Aid to Families with Dependent Children (Ayuda para las Familias con Hijos Dependientes) o Temporary Assistance for Needy Families [Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o TANF, por sus siglas en inglés], Supplemental Security Income [Seguridad de Ingreso Suplementario o SSI, por sus siglas en inglés], etc.);
- estipendio por capacitación;
- pensión alimenticia o manutención infantil;
- ayudas para las familias de militares u otro apoyo regular de un miembro de la familia que esté ausente o de alguien que no viva en el grupo familiar;
- pensiones (privada, del gobierno, jubilación militar, renta vitalicia);
- becas universitarias o de la escuela superior, subvenciones, subespecialidades y ayudantías;
- dividendos e intereses;
- ingresos de rentas;
- ingresos periódicos de patrimonios o fideicomisos;
- ganancias netas por juegos con apuestas y lotería.

La documentación de constancia de ingresos incluye lo siguiente:

- declaración de impuestos anual más reciente [**DE PREFERENCIA**];
- dos comprobantes de pago más recientes de cada miembro de la familia que trabaje;
- carta del empleador con *membrete de la compañía* en la que se verifique la compensación;
- notificación de los beneficios por desempleo;

- constancia de los ingresos del Seguro Social;
- constancia de los retiros regulares de fideicomisos o de ingresos por jubilación;
- carta de recomendación de un miembro de la familia [**De preferencia notariada**];
- documentación de cualquier otra forma de ingresos; como *manutención infantil, pensión de alimentos, etc.*;
- carta de determinación para programas de ayuda gubernamental; como *cupones de alimentos, Women, Infants, and Children (Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños o WIC, por sus siglas en inglés), vivienda subsidiada, etc.*;
- carta de determinación para programas de financiación pública o fuentes de pagos externas;
- certificado académico oficial;
- constancia de dirección, como *factura de servicios públicos, estado de cuenta bancaria, estado de cuenta de la tarjeta de crédito, etc. de los últimos 3 meses.*

*Tenga en cuenta:* La asistencia financiera no está prevista para reemplazar la planificación financiera razonable, la cobertura de seguro médico ni la financiación pública disponible para los cuales usted puede calificar.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llame a los números de teléfono que se indican a continuación:

<p><b>Ascension Seton</b></p> <p><b>NÚMEROS LOCALES:</b> (512) 324-1125 <i>Seleccione la opción 4, luego la opción 3</i></p> <p><b>Línea gratuita de larga distancia:</b> <b>1-800-749-7624</b> <i>Seleccione la opción 4, luego la opción 3</i></p>	<p><b>Ascension Seton Smithville</b></p> <p>(512) 237-5742</p>	<p><b>Ascension Medical Group</b></p> <p>(512) 324-8960</p>
	<p><b>Ascension Seton Shoal Creek</b></p> <p>(512) 324-2025</p>	

Envíe por correo su solicitud completada y los documentos de constancia de ingresos a la dirección apropiada que se indica a continuación:

<p><b>Patient Financial Services</b> <b>Ascension Seton</b> Attn: Financial Counselors P.O. Box 204398 Dallas, TX 75320-4398</p>	<p><b>Ascension Seton Smithville</b> <b>Attn: Business Office</b> Representative P.O. Box 204233 Dallas, TX 75320</p>	<p><b>Medical Group Financial Assistance Department</b> 10330 North Meridian St, 2nd Floor Indianapolis, IN 46290</p>
	<p><b>Ascension Seton Shoal Creek</b> <b>Attn: Patient Financial Services</b> 3501 Mills Avenue Austin, TX 78731</p>	<p>Email: FinancialCounselors@ascension.org</p> <p>Fax: (317) 981-6312</p>

Atentamente,

*Servicios Financieros para Pacientes*

**Ascension Seton**

## Solicitud de ayuda financiera

N.º de cuenta(s) de Seton: \_\_\_\_\_ Saldo(s) de cuenta: \_\_\_\_\_ N.º de EM: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Garante: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social del garante: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Información de ingresos

Cant. de dependientes: \_\_\_\_\_ Cant. de personas que reciben ingresos: \_\_\_\_\_ Salario bruto mensual: \$ \_\_\_\_\_  
 Ingreso mensual por desempleo: \$ \_\_\_\_\_ Ingreso mensual por manutención infantil: \$ \_\_\_\_\_  
 Ingreso mensual por pensión de alimentos: \$ \_\_\_\_\_ Recibos por fondos de fideicomisos: \$ \_\_\_\_\_  
 Beneficios mensuales de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): \$ \_\_\_\_\_  
 Otros ingresos mensuales: \$ \_\_\_\_\_  
**TOTAL DE INGRESOS MENSUALES \$ \_\_\_\_\_**

**\*SE DEBE INCLUIR INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA CADA TIPO DE INGRESO ENUMERADO\***

### Ayuda gubernamental

*\*MARQUE todas las opciones que correspondan\**

- Cupones de alimentos     Programa para mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC)     Vivienda subsidiada  
 MAP     Programa de Seguro Médico para Niños (Children’s Health Insurance Program, CCHC)  
 Texas Medicaid/CHIP     Medicaid (de un estado *que no sea* Texas): \_\_\_\_\_  
 Programa de atención para indigentes del condado (nombre del condado): \_\_\_\_\_  
 Seton Care Plus (SCP)     Music Seton Care Plus (MSCP)

**\*SE DEBE INCLUIR INFORMACIÓN DE RESPALDO PARA CADA TIPO DE AYUDA INDICADA\***

### Sección de información de activos

*\*Incluya todos los valores que correspondan\**

<input type="checkbox"/> Acciones	Valor \$ _____	<input type="checkbox"/> Bonos	Valor \$ _____
<input type="checkbox"/> IRA	Valor \$ _____	<input type="checkbox"/> Residencia secundaria	Valor \$ _____
<input type="checkbox"/> Embarcación	Valor \$ _____	<input type="checkbox"/> Automóviles de colección	Valor \$ _____
<input type="checkbox"/> Casa rodante	Valor \$ _____	<input type="checkbox"/> Automóviles no indispensables	Valor \$ _____
		<input type="checkbox"/> Otros artículos de lujo	Valor \$ _____

**VALOR TOTAL DE ACTIVOS \$ \_\_\_\_\_**

**CERTIFICACIÓN:** Certifico que la información que antecede es verdadera, correcta y completa, según mi leal saber y entender. Entiendo que la información podría divulgarse a los efectos de presentar informes de atención médica sin ningún tipo de compensación.

Firma del paciente/garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_