

FORMULARIO DE EVALUACIÓN FINANCIERA

NOMBRE DEL GARANTE: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

EMPLEADOR: _____ TELÉFONO LABORAL: _____

NOMBRE DEL CÓNYUGE: _____

EMPLEADOR: _____ TELÉFONO LABORAL: _____

DIRECCIÓN DEL GARANTE: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DIVULGACIÓN: ANTES DE SOLICITAR LA ASISTENCIA FINANCIERA A COOK CHILDREN'S HEALTH CARE SYSTEM, DEBE PRESENTAR UN COMPROBANTE DE LA SOLICITUD O DENEGACIÓN DE MEDICAID, CSHCN, CHIP O CUALQUIER OTRO PROGRAMA ESTATAL PARA EL QUE SU HIJO PUDIERA SER ELEGIBLE O PROPORCIONAR LA DOCUMENTACIÓN DE LOS INGRESOS QUE INDIQUE QUE LA ELEGIBILIDAD NO ES POSIBLE. 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 tipo de información que sea razonablemente necesaria a fin de respaldar la elegibilidad del solicitante. Si no lo hace en el plazo establecido en la Política de asistencia financiera de Cook Children's, se le denegará la elegibilidad, y adeudará toda la factura que deberá pagar de inmediato. También comprendo que si envío información falsa, se denegará la solicitud y se revocará de forma retroactiva cualquier determinación de elegibilidad para servicios no remunerados, y yo seré responsable del pago de todos los cargos.

Certifico que la información incluida en la solicitud es verídica, correcta y está completa.

Comprendo que, si se deniega esta solicitud de asistencia financiera por cualquier motivo, seré completamente responsable de las obligaciones financieras que surjan a raíz de los servicios de atención médica prestados por Cook Children's. Además, comprendo que si recibo asistencia parcial, seré completamente responsable del resto del saldo.

Firma

Fecha

Mailing address:

801 Seventh Ave.
Fort Worth, TX 76104-2796
Email: hospitalbills@cookchildrens.org

Phone: 682.885.1860
Toll Free: 888.852.6635
Fax: 682.885.3936

PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR:

	APELLIDO	NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	INGRESOS BRUTOS
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____

CANTIDAD TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR: _____

ADJUNTE UNA COPIA DE UNO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS COMO COMPROBANTE VERIFICABLE DE INGRESOS:

- **W-2**
- **DECLARACIÓN IMPOSITIVA DEL AÑO ANTERIOR**
- **TALONES DE PAGO DE SUELDO**
- **TALONES DE PAGO DE JUBILACIÓN**
- **CARTAS DEL SEGURO SOCIAL O COMPROBANTES DE DEPÓSITO QUE DEMUESTREN EL IMPORTE DE LOS DEPÓSITOS DEL SEGURO SOCIAL**
- **TALONES DE PAGO DEL SEGURO DE DESEMPLEO**
- **TALONES DE PAGO DE OTROS PROGRAMAS DEL GOBIERNO**
- **CARTA DEL EMPLEADOR CON MEMBRETE DE LA EMPRESA QUE INDIQUE EL IMPORTE DE PAGO**

INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS:

Ingreso mensual:

Salarios	\$ _____
Asistencia pública	\$ _____
Seguro Social	\$ _____
Indemnización por desempleo	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____
Manutención	\$ _____
Pensión	\$ _____
Ingresos de alquileres, inmuebles	\$ _____
Dividendos, intereses	\$ _____
Otros ingresos (describa)	\$ _____

INGRESOS TOTALES: \$ _____