



Estimado paciente/parte responsable:

Le proporcionamos esta solicitud porque es posible que reúna los requisitos para nuestro ***Programa de Asistencia Financiera***.

El formulario adjunto solo aplica para las facturas del hospital y sus médicos empleados. Si desea obtener una lista de los médicos incluidos, consulte el Apéndice A de nuestra Política de Asistencia Financiera. Este formulario no aplica a ninguna otra factura médica que pueda tener respecto a otros servicios como radiología, médicos que no son empleados de OU Medicine, ambulancia, etc.

**Debe** completar la Solicitud de Asistencia Financiera para poder ser considerado para recibir asistencia completa o parcial. La parte responsable **debe firmar** en la parte inferior y entregar la solicitud completa.

También debe suministrar **su última Declaración Federal de Ingresos** como documento de respaldo. Si no presentó una declaración de ingresos, por favor, indique y adjunte dos de los documentos que se enumeran a continuación.

Declaración Estatal de Ingresos  
Comprobantes de pago del empleador  
Documentos escritos de sus fuentes de ingreso  
Copias de todos los estados de cuenta de los últimos tres meses  
Formulario W-2 de respaldo  
Formulario 1099 de respaldo.

Si por cualquier razón no puede proporcionar la información solicitada, adjunte una declaración escrita explicando sus razones.

Si necesita ayuda para completar la solicitud o entregarla en persona, acuda a uno de nuestros Asesores Financieros en las direcciones que se presentan a continuación.

OU Medical Center  
711 SL Young Blvd, Suite 100  
Oklahoma City OK

OUMC Edmond  
1 S Bryant  
Edmond Ok 73034

Por favor, considere que necesitamos treinta (30) días hábiles para nuestro proceso de revisión. Le informaremos la determinación de beneficencia por escrito.

**Recuerde, si entrega este formulario,  
su factura puede ser incluida en nuestro  
Programa de Asistencia Financiera.**

**Envíe la solicitud y todos los documentos requeridos a:  
Patient Account Services  
A la atención de: Research and Correspondence Dept  
10030 MacArthur Blvd.  
Irving, TX 75063**



**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Nombre del hospital \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_  
Nombre de la parte responsable \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Dependientes en el hogar**

(Esto incluye al cónyuge, hijos menores de 18 años y cualquier otra persona incluida en su declaración de ingresos)

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
(Primer y segundo nombre y apellido si no se trata del paciente)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Empleo (Paciente/Parte Responsable)**

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Tarifa por hora \_\_\_\_\_ Horas trabajadas a la semana \_\_\_\_\_  
Ingreso bruto actual semanal, mensual o anual (antes de los impuestos) \_\_\_\_\_  
Si se encuentra desempleado, fecha del último día de trabajo \_\_\_\_\_

**Empleo del cónyuge**

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Tarifa por hora \_\_\_\_\_ Horas trabajadas a la semana \_\_\_\_\_  
Ingreso bruto actual semanal, mensual o anual (antes de los impuestos) \_\_\_\_\_  
Si se encuentra desempleado, fecha del último día de trabajo \_\_\_\_\_

**Otros ingresos**

	<b>Paciente</b>	<b>Cónyuge</b>
Seguridad Social		
Pensión		
Desempleo		
Indemnización laboral		
Beneficios para veteranos (VA)		
Ingresos por alquiler		
Acciones, bonos, 401K		
Dividendos/intereses		
Manutención infantil		
Pensión alimentaria		
Otro		

¿Ha solicitado Medicaid o cualquier otra ayuda en el estado o condado? \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es sí y lo sabe, Número de caso \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_

Yo, quien suscribo este documento, certifico que califico para la asistencia financiera porque soy el responsable de pagar por los montos adeudados por los servicios recibidos. También certifico que la información suministrada es verdadera y exacta según mi leal saber y entender. Entiendo que la información suministrada está sujeta a verificación. En el proceso de revisión pueden solicitar un informe crediticio a fin de verificar la información suministrada en esta solicitud y ayudar a determinar si califico para la ayuda financiera. Entiendo que la falsificación de la información o no completar todos los campos requeridos puede comprometer mi consideración para participar en el programa.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Enviar correo a: Patient Account Services, Research & Correspondence Dept., 10030 MacArthur Blvd, Irving, TX 75063