



**Solicitud de Asistencia Financiera de  
Carrell Care Community Partners**

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección de residencia del paciente \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condadodia \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ El estado civil:  Casado  Solo  Viudo  
 Separado  Divorciado

Etnicidad:  Hispano o latino  
 No hispano o latino

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  
 Asiático  Negro o afroamericano  
 Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico  
 Blanco  Otro

Empleado o Sí o No \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Empleado  Sí  No

Empleador del paciente \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_

\*\* Si está desempleado, incluya el nombre y el número de teléfono del empleador anterior.\*\*

<b>A. Ingresos:</b> Proporcione los ingresos de cada una de las siguientes personas en su hogar.	
Paciente <input type="radio"/> Jornada completa <input type="radio"/> Jornada parcial - Horas/Semana = _____ \$ _____ o Hora o Semana o Quincenal o Mensual o Anual \$ _____ Ingreso adicional	Complete solo si el paciente es menor de edad (de no ser así, deje el espacio en blanco) Padre del paciente <input type="radio"/> Jornada completa <input type="radio"/> Jornada parcial - Horas/Semana = _____ \$ _____ o Hora o Semana o Quincenal o Mensual o Anual \$ _____ Ingreso adicional
Cónyuge <input type="radio"/> Jornada completa <input type="radio"/> Jornada parcial - Horas/Semana = _____ \$ _____ o Hora o Semana o Quincenal o Mensual o Anual \$ _____ Ingreso adicional	Madre del paciente <input type="radio"/> Jornada completa <input type="radio"/> Jornada parcial - Horas/Semana = _____ \$ _____ Hora o Semana o Quincenal o Mensual o Anual \$ _____ Ingreso adicional
Ingreso total de la familia \$ _____	Ingreso total de la familia \$ _____

**B. Verificación de ingresos:** Proporcione verificación (envíe solo copias, no documentación original) para todas las fuentes de ingreso de familiar (documentación aceptable que se enumera a continuación). Controle los documentos adjuntos:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Remesa de cheque de pago | <input type="radio"/> Verificación del empleador      | <input type="radio"/> Consulta de crédito (completada por la CCF)  |
| <input type="radio"/> Formulario de IRS W-2    | <input type="radio"/> Declaración de impuestos        | <input type="radio"/> Ayuda gubernamental (cupones de alimentos, CDIC, Medicaid, TANF)   |
| <input type="radio"/> Estados de cuenta        | <input type="radio"/> Otros (describa a continuación) | <input type="radio"/> Toda la documentación requerida. Tenga en cuenta que no podemos considerar su solicitud hasta que recibamos la documentación de verificación de ingresos y los detalles de su necesidad. |

Si no puede proporcionar una de las fuentes de documentación de ingresos enumeradas anteriormente, explique por qué esta información no está disponible:

C. Miembros de la familia: Proporcione el número total de personas en el hogar del paciente.  
(Este número solo debe incluir al paciente, al cónyuge del paciente y a los dependientes del paciente)

D. Activos y otros recursos:

¿Tiene algún activo u otros recursos disponibles para usted? (Los ejemplos incluyen cuentas de ahorro, fideicomisos, acciones, bonos, cuentas de jubilación, fondos mutuos, etc.)  Sí  No En caso afirmativo, importe actual disponible : \$ \_\_\_\_\_

¿Tienes seguro médico?  Sí  No En caso afirmativo, indique el nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

¿Tiene una Cuenta de Ahorros para la Salud o una Cuenta de Gastos Flexibles?  Sí  No En caso afirmativo, cantidad actual disponible: \$ \_\_\_\_\_

Entiendo que Socios Comunitarios de Carrell Care puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de asistencia financiera ("Solicitud") en relación con la evaluación de esta Solicitud por parte de Socios Comunitarios de Carrell Care, y con mi firma autorizo a mi empleador o a cualquier persona que figure en esta Solicitud a certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta Aplicación. También autorizo a Socios Comunitarios de Carrell Care a solicitar verificaciones de antecedentes, informes de crédito y verificación de la Administración del Seguro Social. Certifico que las declaraciones realizadas en esta Solicitud son verdaderas y correctas, a mi leal saber y entender, y que se realizan de buena fe. Soy consciente de que la falsificación o tergiversación de la información en esta Solicitud puede resultar en la denegación de asistencia financiera.

Además, entiendo que algunos médicos y proveedores pueden no tener contrato con Socios Comunitarios de Carrell Care. Entiendo que puedo recibir facturas separadas de esos proveedores y esta solicitud de asistencia financiera no se aplicará a esos saldos adeudados.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o parte responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

Solo para uso de Socios Comunitarios de Carrell Care		
Información de solicitud obtenida por el representante de Socios Comunitarios de Carrell Care en persona o por teléfono, no se requiere la firma del paciente.	_____ Firma electrónica del representante de Socios Comunitarios de Carrell Care	_____ Fecha
Notas sobre la verificación de ingresos/número en el hogar:		

carrellclinicfoundation.org

214-712-4200

**INSTRUCCIONES PARA COPIAR EN FORMA IMPRESA**

**INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE SOCIOS COMUNITARIOS DE CARRELL CARE**

Por favor, llene todas las preguntas formuladas en la Solicitud de Asistencia Financiera. Además, debemos recibir documentación por escrito de sus ingresos junto con una carta o correo electrónico que indique su historial médico/necesidad médica actual y exactamente por lo que está solicitando asistencia financiera.

**Tenga en cuenta que no podemos considerar su solicitud hasta que no recibamos documentación de verificación de ingresos y los detalles de su necesidad.**

Envíe la documentación requerida por correo, correo electrónico o fax a:

Carrell Care Community Partners  
Attn: Dana Martinez  
9301 N. Central Expressway  
Tower 2, Suite 335  
Dallas, TX 75231

el correo electrónico: [dana@carrellclinicfoundation.org](mailto:dana@carrellclinicfoundation.org)

Fax: 214.953.1210

## **INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO RELLENABLE**

### **INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DE SOCIOS COMUNITARIOS DE CARRELL CARE**

La aplicación es un formulario llenable. Llene todas las preguntas y haga clic en el botón "Enviar". Además, debemos recibir documentación escrita de sus ingresos junto con una carta que indique su historia médica/necesidad médica actual y exactamente por lo que usted está solicitando asistencia financiera. Si prefiere imprimir la solicitud y llenarla a mano, puede enviarla al mismo tiempo que la envía toda la documentación requerida. Tenga en cuenta que no podemos considerar su solicitud hasta que recibamos la documentación de verificación de ingresos y los detalles de su necesidad.

Envíe la documentación requerida por correo, correo electrónico o fax a:

Carrell Care Community Partners  
Attn: Dana Martinez  
9301 N. Central Expressway  
Tower 2, Suite 335  
Dallas, TX 75231

el correo electrónico: [dana@carrellclinicfoundation.org](mailto:dana@carrellclinicfoundation.org)

Fax: 214.953.1210