



Solicitud de ayuda financiera de
Bellville Medical Center
979-413-7350

Número de Cuenta del Paciente

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) Número de seguro social

Dirección de residencia del paciente Ciudad Estado Código postal Condado

Estado civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a
Separado/a Divorciado/a

Fecha de nacimiento (mes/día/año) Número de teléfono Nombre del cónyuge

Empleado/a Sí No Empleado/a Sí No

Empleador del paciente Empleador del cónyuge

Núm. de teléfono Núm. de teléfono

¿Los centros de BMC (Bellville Medical Center) donde recibió los servicios son los centros de la red más cercanos a su residencia principal? Sí No
respondió que no, ¿los centros más cercanos no pudieron brindarle atención o se negaron a hacerlo? Sí No

Si está desempleado/a, incluya el nombre y número de teléfono del empleador anterior

A. Ingresos: Proporcione el ingreso para cada una de las siguientes personas en su hogar.
Complete solo si el paciente es menor de edad (de no ser así, deje el espacio en blanco)
Paciente: Jornada completa, Jornada parcial, Horas/semana, Ingreso adicional
Padre del paciente: Jornada completa, Jornada parcial, Horas/semana, Ingreso adicional
Cónyuge: Jornada completa, Jornada parcial, Horas/semana, Ingreso adicional
Madre del paciente: Jornada completa, Jornada parcial, Horas/semana, Ingreso adicional
Ingreso total de la familia \$

B. Verificación de ingresos: Proporcione verificación (envíe solo copias, no la documentación original) para todas las fuentes de ingreso familiar (la documentación aceptable se indica a continuación).
Envío de cheque de pago, Verificación del empleador, Ayuda gubernamental, Formulario W-2 del IRS, Declaración de impuestos, Cartas de resolución de seguridad social, Estados de cuenta, Otros (describa a continuación)
Si no puede proporcionar alguna de las documentaciones de las fuentes de ingresos mencionadas anteriormente, explique el motivo:

C. Familiares: Proporcione la cantidad total de personas en la casa 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 a su disposición? Sí No Si es afirmativo, monto actual disponible:
¿Tiene seguro médico? Sí No Si es afirmativo, indique el nombre del proveedor:
¿Tiene una cuenta de ahorro para la salud o una cuenta de gastos flexibles? Sí No Si es afirmativo, monto actual disponible:

Comprendo que Bellville Medical Center ("BMC") puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de ayuda financiera ("Solicitud") con relación a la evaluación de BMC de esta Solicitud y, mediante mi firma, por la presente autorizo a mi empleador o a cualquier persona indicada en esta Solicitud a certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta Solicitud.

También comprendo que algunos médicos y proveedores pueden no ser empleados de BMC. Comprendo que puedo recibir facturas por separado de esos proveedores y esta solicitud de ayuda financiera no se aplicará a dichos saldos adeudados.

Firma del paciente o la parte responsable Nombre en imprenta Fecha

For Hospital Use Only
Application information obtained by BMC Employee in person or over the phone, no patient signature required.
Signature of BMC Employee Date
Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:
Patient is part of community care program Program Name First Statement Date:

Mail to:
Bellville Medical Center
P.O. Box 977
Bellville, TX 77418