

Estimado(a) paciente/solicitante,

Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital se guía por la compasión y se dedica a proporcionar atención personalizada para todos, especialmente para los más necesitados. Es nuestra misión y privilegio ofrecer asistencia financiera a nuestros pacientes. La asistencia financiera está disponible solo para la atención de emergencia y otros cuidados médicos necesarios. Gracias por confiar en nosotros para cuidar de usted y su familia para todas sus necesidades de atención médica.

Le enviamos esta carta y la solicitud de asistencia financiera adjunta porque recibimos su petición. Si usted no lo solicitó, ignórela. Se ruega que complete ambos lados, e incluya su firma y fecha antes de entregarla. Si completó una solicitud en los últimos seis meses y fue aprobado para recibir asistencia financiera, déjenos saber. Es posible que no tenga que completar una nueva solicitud. No consideraremos solicitudes previas que tengan más de seis meses de antigüedad.

Junto con la solicitud, proporcione una copia de al menos uno de los siguientes elementos como comprobante de ingresos. Si está casado o ha vivido con una pareja durante 6 meses o más, también tendrán que proporcionar una copia de al menos uno de los siguientes elementos como comprobante de sus ingresos antes de que la solicitud pueda ser procesada.

- Copias de 3 talones de pago más recientes del empleador
- Copias de la declaración de impuestos anual más reciente (si trabaja por cuenta propia, incluya todos los anexos)
- Carta de Concesión del Seguro Social y/o Pensión de Jubilación
- La declaración de impuestos anual más reciente del padre o tutor, si el solicitante es un dependiente que aparece en su formulario de impuestos y es menor de 25 años
- Otros documentos de validación de los ingresos
- Copias de extractos bancarios de los últimos 3 meses
- Copia de recibo de beneficios de desempleo

Si recibe ayuda de o vive en casa con un familiar o amigos, pídeles que llenen el formulario adjunto nombrado “Carta de Apoyo”. Esto no los hará responsables de sus facturas médicas.

Esto ayudará a mostrar cómo usted puede pagar sus gastos de vida. Si no recibe ayuda de familiares y amigos, no necesita llenar el formulario de Carta de Apoyo.

Finalmente, también proporcione documentación que compruebe sus costos mensuales pendientes médicos y de farmacia/medicamentos.

Tenga en cuenta que tenemos que recibir la solicitud completada junto con el comprobante de ingresos para poder considerar la solicitud. No podemos procesar o considerar las solicitudes que no están completas.

Recuerde que las comunicaciones por correo electrónico a través de Internet no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información incluida en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigida.

Queremos proteger su información personal y asegurarnos de que permanezca segura. Dado que la solicitud contiene su número de seguro social y otra información privada, le instamos a que se abstenga de enviarla por correo electrónico.

Imprima y envíe por correo postal o entregue la solicitud completada a la siguiente dirección:

8402 Cross Park Dr
Austin, TX 78754

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, comuníquese con nuestro Asesor Financiero de la Oficina de Administración llamando al 512-215-3900.

Atentamente,

Servicios Financieros al Paciente

Cross Creek Together with Ascension Seton Hospital