
MANUAL:	TCH	POLÍTICA No.:	GA303-01
SECCIÓN:	General y administrativa	PROCED. No.:	GA303-01
TÍTULO:	POLÍTICA SOBRE ASISTENCIA FINANCIERA / ATENCIÓN DE BENEFICENCIA	FECHA DE ORIGEN:	05/ENE/89
RESPONSABLE:	Administración	FECHA DE VIGENCIA:	14/MAY/10
REVISADO POR:		DISTRIBUCIÓN:	Todos los departamentos

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA -01

Texas Children's Hospital ("TCH" o el "Hospital") se compromete a brindarle atención de la mejor calidad y reconoce que algunos pacientes o sus familiares no pueden pagar la atención. La política de TCH es brindar asistencia financiera a los pacientes que carecen de medios financieros o médicos a fin de promover la misión y los valores del Hospital.

Esta política establece los estándares y los procesos mediante los que TCH brinda atención gratuita o con descuento a los pacientes que carecen de medios financieros o médicos. La asistencia financiera estará disponible para todos los pacientes que reúnan los requisitos. La atención de beneficencia corresponde solamente a los servicios que Medicare, Medicaid o los estándares del sector consideran "medicamente necesarios". Los servicios que no son considerados "medicamente necesarios" deben ser precalificados por el Comité de Atención de Beneficencia.

La asistencia financiera de TCH se considera un "último recurso", y depende de que los pacientes cumplan los requisitos de elegibilidad. El Hospital identificará a los pacientes que reúnan los requisitos y determinará el monto de asistencia financiera disponible en relación con los recursos disponibles del Hospital, la necesidad de mantener estabilidad financiera y el deseo de continuar brindando atención de la mejor calidad a sus pacientes.

No se negará asistencia financiera a ningún paciente en función de su raza, religión, país de origen u otras características protegidas por la ley. Al implementar esta política, Texas Children's cumplirá todas las leyes, las normas y las regulaciones federales, estatales y locales correspondientes.

DEFINICIONES -01

1. **Deuda incobrable:** Cargos hospitalarios que un paciente puede pagar, pero que no está dispuesto o se rehúsa a pagar.
2. **Cargos:** A los fines de esta política solamente (según la Ley de Protección y Responsabilidad de los Pacientes), representan los cargos hospitalarios que generalmente se facturan a los individuos que poseen cobertura de seguro que cubre dicha atención.

3. **Atención de beneficencia:** Incluye (1) el costo no reembolsado al Hospital por los servicios prestados a un paciente que recibe tratamiento de hospitalización o ambulatorio y que cumple los criterios del Hospital para los pacientes que carecen de medios financieros o médicos, o (2) el costo para el Hospital de los servicios prestados a un paciente que no posee seguro y que no tiene la capacidad de pagar.
4. **Comité de Atención de Beneficencia:** Comité hospitalario compuesto por representantes del Hospital o del personal médico que tienen las siguientes responsabilidades: 1) revisar anualmente las políticas de elegibilidad para la atención de beneficencia y, si corresponde, actualizarlas, y 2) aprobar o negar la atención de beneficencia.
5. **Deducible para la atención de beneficencia:** Parte de la factura del Hospital que corresponde pagar a los pacientes que reciben atención de beneficencia. Este monto puede ser establecido por un asesor financiero, un representante de cuenta del paciente o el Comité de Atención de Beneficencia, según se establece en esta política.
6. **Ingresos familiares o ingresos brutos:** Incluye ganancias, indemnización por desempleo, indemnización laboral, seguridad social, ingresos de seguro complementarios, pagos de asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o de retiro, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de propiedades, fondos de inversiones, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de menores, asistencia fuera del grupo familiar y otras fuentes diversas. Los ingresos familiares se determinan en función de las definiciones utilizadas por la Oficina de Censos de los Estados Unidos.
7. **Normas federales de pobreza (“FPG”, por sus siglas en inglés):** Normas que el Departamento de Salud y Servicios Humanos actualiza periódicamente en el Registro Federal.
8. **Asistencia financiera:** Atención hospitalaria que se proporciona con descuento. Los pacientes que no poseen seguro para el servicio correspondiente y que no reúnen los requisitos para recibir cobertura mediante un Programa Gubernamental de Atención Médica u otro seguro, y cuyos ingresos familiares superan el 200% pero son inferiores al 400% de las FPG, reunirán los requisitos para recibir asistencia financiera en la forma de cargos con descuento.
9. **Pacientes que carecen de medios financieros:** Pacientes que el Hospital ha determinado que no pueden pagar las facturas del Hospital debido a que los ingresos del paciente o de su familia son inferiores a los límites especificados en función de las FPG, o porque sus activos monetarios son inferiores a los límites especificados.
10. **Programa Gubernamental de Atención Médica:** Programa de atención médica administrado o financiado al menos parcialmente por el gobierno federal, estatal o local (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (Children’s Health Insurance Program o CHIP)].
11. **Pacientes que carecen de medios médicos:** Pacientes que el hospital ha determinado que no pueden pagar las facturas del Hospital porque esas facturas exceden un determinado porcentaje de los ingresos o activos del paciente o de la familia (por ejemplo, debido a costos por catástrofes u otras condiciones), aunque los ingresos o los activos del paciente o de la familia no cumplan los criterios para ser considerados pacientes que carecen de medios

financieros.

12. **Área de servicio:** Incluye los siguientes condados: Harris, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Liberty, Montgomery y Waller.
13. **Pacientes con seguro insuficiente:** Pacientes que poseen seguro o cobertura de terceros pero que tienen gastos de bolsillo (saldos que deben pagarse por cuenta propia) que exceden su capacidad de pago.
14. **Pacientes sin seguro que realizan pagos por cuenta propia:** Pacientes que no poseen seguro ni cobertura de terceros para cumplir sus obligaciones de pago.

PROCEDIMIENTO -01

1.0 GENERALIDADES

- 1.01 El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes identificará a los pacientes que puedan reunir los requisitos para recibir asistencia financiera.
- 1.02 Los pacientes que requieran asistencia financiera o atención de beneficencia, o considerados con esa necesidad, serán remitidos a un asesor financiero o a un especialista en asistencia financiera.
- 1.03 Los pacientes que deseen recibir asistencia financiera o atención de beneficencia deberán completar una solicitud con un asesor financiero. Las solicitudes se entregarán a todas las personas que las soliciten.
- 1.04 Los pacientes sólo reúnen los requisitos para recibir atención de beneficencia si se han agotado todos los otros tipos de recursos financieros disponibles para los pacientes, y si el paciente y la familia del paciente no poseen ingresos suficientes para cubrir los gastos de bolsillo, según lo determine TCH. Se analizarán los recursos financieros actuales y potenciales del paciente, entre otros, el seguro médico privado, el CHIP, el financiamiento proporcionado por agencias, Medicare o Medicaid.
- 1.05 La atención de beneficencia corresponde solamente a los servicios que Medicare, Medicaid o los estándares del sector consideran “médicamente necesarios”. En los casos en que la necesidad médica no esté clara, el Comité de Atención de Beneficencia realizará un seguimiento con el médico del paciente.

2.0 ELEGIBILIDAD

- 2.01 La elegibilidad depende de la ciudadanía (ciudadano de los Estados Unidos) y de la residencia (área de servicio). Según esta política, los pacientes que son ciudadanos de los Estados Unidos y que viven en el área de servicio reúnen los requisitos para acceder a la atención de beneficencia.
- 2.02 Los porcentajes de descuento para la atención de beneficencia se calculan utilizando

las FPG, y pueden actualizarse junto con las actualizaciones de las FPG publicadas en el Registro Federal.

- 2.03 Si los ingresos familiares anuales de un paciente equivalen al 100% de las FPG o son inferiores a estas, existen muchas probabilidades de que el paciente reúna los requisitos para Medicaid. Si los ingresos equivalen al 101-200% de las FPG o si el paciente no reúne los requisitos para Medicaid, es posible que el paciente reúna los requisitos para el CHIP. Si el paciente no reúne los requisitos para recibir Medicaid, el CHIP u otros programas y si los ingresos familiares son inferiores al 400% de las FPG, se aplicarán las normas mencionadas en el Anexo A para calcular el porcentaje de asistencia financiera que el paciente tiene derecho a recibir y para determinar cuál será el deducible para la atención de beneficencia.
- 2.04 Si un paciente tiene Medicare pero no posee cobertura secundaria y los ingresos se encuadran dentro de las FPG incluidas en esta política, el paciente debe solicitar Medicaid antes de que se lo considere para recibir atención de beneficencia.
- 2.05 Los pacientes que no sean residentes legales de los Estados Unidos o que residan fuera del área de servicio de TCH podrán ser considerados pacientes que carecen de medios financieros o médicos en circunstancias apropiadas. Para proporcionar asistencia financiera, el Comité de Atención de Beneficencia deberá tener en cuenta la naturaleza de la enfermedad del niño, la probabilidad de que el tratamiento tenga resultados satisfactorios, la disposición de casos similares que involucren a niños residentes legales de los Estados Unidos y las limitaciones presupuestarias del Hospital.
- 2.06 Además de utilizar las FPG para determinar la elegibilidad de los pacientes para la asistencia financiera, se tendrán en cuenta los siguientes factores:
 1. Ingresos familiares. Por lo general, los ingresos brutos deben encuadrarse en las FPG, teniéndose en cuenta la cantidad de miembros de la familia, el área geográfica y otros factores relevantes.
 2. Denegaciones. El paciente tiene que haber solicitado cobertura médica a todas las fuentes de apoyo financiero posibles y dicha cobertura debe habersele negado. Las fuentes incluyen, entre otras: Medicaid, Children with Special Health Care Needs (CSHCN), CHIP, Medicare (si corresponde) y/o cualquier programa comercial.
 3. Situación laboral
 4. Obligaciones financieras actuales
 5. Buena fe. Los pacientes deben cooperar con el proceso de solicitud. Si la solicitud no es aceptada por motivos que no sean la presentación de una solicitud incompleta, la solicitud del paciente se presentará ante el Comité de Atención de Beneficencia para su consideración.

3.0 DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

- 3.01 Después de realizar una solicitud a todas las otras fuentes, los asesores financieros y los representantes de cuenta del paciente pueden determinar el monto de asistencia financiera adecuado que se encuentra disponible para los pacientes y el monto del deducible para la atención de beneficencia correspondiente en relación con el monto adeudado. El administrador del asesor financiero o del representante de cuenta del paciente puede aprobar la solicitud de atención de beneficencia de acuerdo con las FPG. Todas las demás solicitudes se deben enviar al Comité de Atención de Beneficencia.
- 3.02 Conforme a lo esperado, los pacientes que puedan pagar una parte de los servicios brindados por el Hospital deberán hacerlo, incluso si el paciente carece de medios médicos. La parte de la factura del Hospital que le corresponda pagar al paciente se describirá como el deducible para la atención de beneficencia del paciente. Los pacientes que tengan un deducible para la atención de beneficencia estarán obligados a pagarlo.
- 3.03 La determinación de elegibilidad para recibir atención de beneficencia tiene una vigencia de seis (6) meses y se aplica a todos los saldos del Hospital en los que se haya incurrido antes de la aprobación de la solicitud de atención de beneficencia.
- 3.04 Si se aprueba una solicitud de atención de beneficencia, esta se aplicará a todos los saldos después de que se haya percibido la totalidad de la cobertura de terceros. Si existe otro tipo de financiamiento, ya sea que el paciente cuente con aprobación para recibir atención de beneficencia o no, se deberá obtener el financiamiento de agencias antes de que se programe el servicio y este sea cubierto por la atención de beneficencia.
- 3.05 El Comité de Atención de Beneficencia puede modificar una decisión previa sobre la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera en cada caso particular.
- 3.06 La elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera puede ser reevaluada si se producen uno o más de los siguientes casos:
1. Prestación posterior de servicios
 2. Modificación de los ingresos
 3. Modificación de la cantidad de miembros de la familia
 4. Si una parte de la cuenta del cliente representa una deuda incobrable o se encuentra en una agencia de cobros
 5. Si han transcurrido seis meses desde que el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera

4 MONTOS COBRADOS A LOS PACIENTES

- 4.01 TCH utiliza una “escala móvil” para determinar el porcentaje de descuento que le corresponde a un paciente que reúne los requisitos para recibir asistencia financiera.. Consulte el Anexo A.
- 4.02 Si el paciente o la familia no son elegibles para participar en un Programa Gubernamental de Atención Médica, TCH brinda la siguiente asistencia financiera a los pacientes sin seguro que realizan pagos por cuenta propia:
1. Si los ingresos brutos oscilan entre 0% y 200% de las FPG, se realiza un descuento del 100% de los cargos facturados.
 2. Si los ingresos brutos oscilan entre 201% y 300% de las FPG, se realiza un descuento del 75% de los cargos facturados.
 3. Si los ingresos brutos oscilan entre 301% y 400% de las FPG, se realiza un descuento del 50% de los cargos facturados
 4. Si los ingresos brutos exceden el 400% + de las FPG o las familias se rehúsan a realizar una solicitud de asistencia financiera (solicitud de atención de beneficencia), se realiza un descuento del 40% de los cargos por pago por cuenta propia o por pago anticipado.
- 4.03 Los pacientes que carecen de medios médicos deben pagar la parte de la factura del Hospital que les corresponde. Esta parte se denomina deducible para la atención de beneficencia. Las porciones de la factura del Hospital que no son pagadas por terceros y que exceden el deducible para la atención de beneficencia pueden ser consideradas atención de beneficencia a cargo del Hospital. Es posible que en algunas ocasiones el paciente o la familia hayan padecido una enfermedad muy grave y no puedan pagar la totalidad del deducible para la atención de beneficencia. El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes puede aprobar un plan de pago (que no debe superar los 6 meses).
- 4.04 Los pacientes que carecen de medios médicos deben pagar el deducible para la atención de beneficencia y se debe realizar una nueva evaluación al menos cada seis (6) meses para continuar recibiendo asistencia financiera.
- 4.05 Si un paciente o una familia tienen gastos de bolsillo, distintos y aparte de las facturas del Hospital, que suman más del 25% del ingreso bruto anual del paciente o la familia, TCH realizará un plan de pago al paciente o la familia a fin de que no tengan que pagar más del 25% del ingreso bruto de un año particular.

5 SOLICITUD DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA

- 5.01 Las solicitudes pueden ser realizadas por cualquier persona que las presente o a quien se le identifique una necesidad. En el Anexo B se adjunta un modelo de solicitud. Los empleados o médicos de TCH pueden remitir al paciente al asesor financiero, al representante de cuenta del paciente o al Departamento de Contabilidad para Pacientes para iniciar la solicitud de atención de beneficencia. La atención de beneficencia se puede otorgar en cualquier etapa del ciclo de facturación del Hospital.
- 5.02 Si el pago se encuadra en las FPG, el Gerente del Departamento de Internación de Pacientes puede aprobar la solicitud de atención de beneficencia si el paciente reside en el área de servicio y la familia cumple todos los demás requisitos. Todas las demás solicitudes se deben enviar al Comité de Atención de Beneficencia.
- 5.03 El Departamento de Contabilidad para Pacientes entregará una decisión por escrito sobre la elegibilidad del paciente para recibir atención de beneficencia dentro de los 30 días de recibir una solicitud completa. Esta notificación incluirá el monto con descuento aprobado, el pago que el paciente deba realizar y los motivos de la denegación (si se niega la solicitud).
- 5.04 Si el paciente no cuenta con Medicaid ni con financiamiento proporcionado por agencias privadas, pero es posible que reúna los requisitos, debe cooperar para que se considere el proceso de solicitud para recibir atención de beneficencia. Si el paciente no coopera con el proceso de solicitud, se denegará o se revocará la atención de beneficencia si existe una aprobación activa y el paciente será responsable de los saldos que existan. El paciente debe proporcionar la siguiente documentación, como mínimo: evidencia de cobertura de terceros, situación laboral, certificación laboral y de ingresos, prueba de residencia y cantidad de miembros de la familia. La certificación de ingresos puede incluir uno o más de los siguientes documentos:
1. Declaración de impuestos del año anterior;
 2. Recibos de pago actuales (últimos 2 meses) o una certificación de ingresos por escrito del empleador;
 3. Cheque del Seguro Social;
 4. Estado de cuenta bancario;
 5. Cheque por incapacidad
- 5.05 Los pacientes que no proporcionen la información solicitada o no cooperen con las tareas para obtener la cobertura de un Programa Gubernamental de Atención Médica no serán elegibles para recibir atención de beneficencia o asistencia financiera. Dicha colaboración no constituye una condición previa para recibir tratamiento médicamente necesario o atención de emergencia.
- 5.06 Las denegaciones pueden ser apeladas a través del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes. Las apelaciones deben incluir documentación de respaldo que demuestre la incapacidad para pagar y que no haya estado disponible ni se haya incluido en el momento de realizar la consideración inicial.
- 5.07 El Departamento de Contabilidad para Pacientes conservará todos los registros relacionados con la atención de beneficencia durante siete años.

6 FALTA DE PAGO

- 6.01 Si el paciente no paga el deducible para la atención de beneficencia o no renegocia un plan de pago (si corresponde), el saldo no cobrado se considerará una deuda incobrable.
- 6.02 El Hospital puede realizar todos los intentos razonables para cobrar la deuda incobrable. Estos intentos pueden incluir, entre otros, 1) llamadas telefónicas 2) correspondencia por correo electrónico y 3) correspondencia por escrito.

7 PUBLICACIÓN

De conformidad con las leyes, TCH publicará información sobre la disponibilidad de asistencia financiera y de atención de beneficencia y sobre la existencia de esta política. La información y las instrucciones para solicitar asistencia financiera y de atención de beneficencia se publicarán en áreas públicas importantes de todo el Hospital donde los pacientes se presenten para recibir servicios. La información también se incluye en los paquetes de bienvenida para los pacientes. Esta política estará disponible en español, se publicará una notificación sobre esta política anualmente en el periódico local y se colocará un vínculo a esta política en el sitio web del Hospital.

8 EXCEPCIONES

Al determinar la elegibilidad de los pacientes que no cumplen los criterios establecidos, pueden presentarse circunstancias atenuantes. El Comité de Atención de Beneficencia se encarga de revisar y aprobar esos casos.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

ANEXO A: Normas federales de pobreza de 2010

ANEXO B: Solicitud de atención de beneficencia

LEYES Y REGULACIONES RELACIONADAS

CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD DE TEXAS, SECCIONES 311.031 - 311.048

CÓDIGO IMPOSITIVO DE TEXAS SECCIONES 153.310, 171.063

Condiciones de participación de Medicaid

Mark A. Wallace
Presidente
Director Ejecutivo
Texas Children's Hospital

Fechas de revisión:

Comité de Operaciones de
Políticas y Procedimientos
Administrativos

12/MAY/10

Fecha de revisión/aprobación:

Vicepresidente Principal,
Recursos Humanos

13/MAY/10

ANEXO A: NORMAS FEDERALES DE POBREZA DE 2010

Tamaño de la unidad familiar	100 por ciento de pobreza	110 por ciento de pobreza	125 por ciento de pobreza	150 por ciento de pobreza	175 por ciento de pobreza	185 por ciento de pobreza	200 por ciento de pobreza
1	\$10,830	\$11,913	\$13,538	\$16,245	\$18,953	\$20,036	\$21,660
2	\$14,570	\$16,027	\$18,213	\$21,855	\$25,498	\$26,955	\$29,140
3	\$18,310	\$20,141	\$22,888	\$27,465	\$32,043	\$33,874	\$36,620
4	\$22,050	\$24,255	\$27,563	\$33,075	\$38,588	\$40,793	\$44,100
5	\$25,790	\$28,369	\$32,238	\$38,685	\$45,133	\$47,712	\$51,580
6	\$29,530	\$32,483	\$36,913	\$44,295	\$51,678	\$54,631	\$59,060
7	\$33,270	\$36,597	\$41,588	\$49,905	\$58,223	\$61,550	\$66,540
8	\$37,010	\$40,711	\$46,263	\$55,515	\$64,768	\$68,469	\$74,020

ANEXO B: SOLICITUD DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA

Texas Children's Hospital
Solicitud de servicios no remunerados

Según lo estipula la ley federal, solicito o solicitamos que Texas Children's Hospital determine si soy o somos elegibles para recibir ayuda para pagar las facturas de nuestro hijo. Comprendo o comprendemos que debemos proporcionar determinada información a tal fin. Además, comprendo o comprendemos que Texas Children's Hospital o sus representantes verificarán la exactitud de esta información. Comprendo o comprendemos que el hecho de completar este formulario no garantiza que recibiré o recibiremos asistencia. Si no soy (o no somos) elegibles para recibir los servicios no remunerados, soy o somos responsables de pagar la factura del Hospital de nuestro hijo.

Nombre del paciente: _____ (Primero) (Segundo) (Apellido)	Número de visita: _____
Dirección: _____ (Calle) (Ciudad/Estado) (Código postal)	
Teléfono particular: (_____) _____ - _____	No. SS: _____ - _____ - _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___	Lugar de nacimiento: _____
Sexo: M o F Religión: _____	
Grupo étnico: Blanco – negro – hispanico – asiático – islas de Asia Pacífico Otro: _____	
¿El paciente es ciudadano de los EE. UU.? Sí o No	¿El paciente es residente legal de los EE. UU.? Sí o No

Nombre de la madre: _____ / _____ (Primero) (Segundo) (Apellido) (Apellido de soltera)	Fecha de nacimiento: ___/___/___
Dirección: _____ (Calle) (Ciudad/Estado) (Código postal)	
Teléfono particular: (_____) _____ - _____	No. SS: _____ - _____ - _____
Nombre del empleador: _____	Teléfono laboral: (_____) _____ - _____
Dirección del empleador: _____ (Calle) (Ciudad/Estado) (Código postal)	

Nombre de la padre: _____ / _____ (Primero) (Segundo) (Apellido) (Apellido de soltera)	Fecha de nacimiento: ___/___/___
Dirección: _____ (Calle) (Ciudad/Estado) (Código postal)	
Teléfono particular: (_____) _____ - _____	No. SS: _____ - _____ - _____
Nombre del empleador: _____	Teléfono laboral: (_____) _____ - _____
Dirección del empleador: _____ (Calle) (Ciudad/Estado) (Código postal)	

¿Han solicitado asistencia para recibir servicios no remunerados anteriormente? Sí o No

En caso afirmativo, ¿cuándo los solicitó? _____ ¿Se atendió anteriormente? Sí o No

Posible tercero responsable de los pagos (por favor marque una de las opciones):

Seguro privado Medicaid/Medicaid HMO Medicare CHIP CSHCN
 Otro _____

Nombre del médico: _____ **Diagnóstico:** _____

Cantidad de miembros de la familia que viven en el hogar:		Enumere todos los miembros de la familia:		
	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

INGRESOS: Debe entregar fotocopias de recibos de pago y el estado de cuenta bancario de los últimos dos (2) meses

Ingresos brutos/Mensuales

Sueldo (propio)
 (cónyuge)
 (otros miembros de la familia)

Establecimiento o trabajador autónomo

Asistencia pública social

Seguro de desempleo

Indemnización

Pensión alimenticia _____

Manutención de menores _____

Asignaciones por familia militar _____

Pensiones

Ingresos obtenidos de dividendos, intereses, alquiler de propiedades

Fondos de fideicomiso

Otros ingresos (jubilación/incapacidad, etc.) _____

INGRESOS TOTALES: _____ / Mensuales

GASTOS

Hipoteca/alquiler _____ - Si no es ninguna de estas opciones, ¿dónde vive? _____

Préstamos para automóviles _____ Servicios públicos _____ Alimentos _____

Préstamos _____ Tarjetas de crédito _____ Pensión alimenticia/Manutención de menores _____

Seguro médico _____

Seguro de automóviles _____ Facturas de servicios médicos _____

Medicamentos _____

Otro _____

GASTOS TOTALES: _____ / Mensuales**¿Es propietario de una vivienda?** Sí o No - En caso afirmativo, indique el valor estimado \$ _____
Cantidad que adeuda \$ _____**¿Es propietario de otras propiedades?** Sí o No - En caso afirmativo, indique el valor estimado \$ _____**Automóviles:** Modelo/Marca _____ Año _____ Valor \$ _____

- Declaro o declaramos bajo pena de perjurio que las respuestas que proporcioné o proporcionamos son correctas, según mi o nuestro leal saber y entender.
- Acepto o aceptamos informar al proveedor de servicios, dentro de 10 días, en caso de que existan modificaciones en los ingresos, las propiedades, los gastos, la cantidad de personas que viven en el hogar o cambios de domicilio (míos o de las personas a quienes represento o representamos).
- Comprendo o comprendemos que se nos puede solicitar la presentación de pruebas de las declaraciones y que mi o nuestra información de elegibilidad estará sujeta a la verificación mediante el contacto con el empleador, el banco, la verificación crediticia y la búsqueda en los registros de propiedad.
- Comprendo o comprendemos que la ley exige que los servicios médicos del condado, hospitalarios y de atención domiciliaria deben mantener la confidencialidad de la información que proporciono o proporcionamos.
- También acepto o aceptamos, como contraprestación por recibir servicios de atención médica debido a un accidente o a una lesión, reembolsar al condado, el hospital o la atención domiciliaria con lo recaudado en los juicios o acuerdos que resulten de dicho acto.
- Comprendo o comprendemos que si no reunimos los requisitos para recibir los servicios no remunerados, seremos personalmente responsables por los gastos de los servicios prestados por Texas Children's Hospital o por los servicios de atención domiciliaria o podremos apelar la decisión por escrito con documentación adicional.

Firma de la madre/Garante: _____ Fecha: _____

Firma del padre/Garante: _____ Fecha: _____