



**HAMILTON  
HEALTHCARE  
SYSTEM**

## Distrito Hospitalario del Condado de Hamilton Asistencia Financiera/Programas para Pacientes Indigentes del Hospital

Por la presente, solicito al Sistema de Salud de Hamilton que procese mi solicitud para determinar si soy elegible para la Asistencia Financiera para Pacientes o el Programa para Pacientes Indigentes del Hospital de Hamilton.

*Este formulario será enviado a Medicaid para todos los solicitantes. Si califica para alguno de nuestros programas, debe notificarnos la decisión dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su respuesta de Medicaid. Es necesaria una denegación y debe ser proporcionada para poder permanecer en nuestro Programa de Asistencia Financiera y/o en el Programa para Indigentes del Hospital de Hamilton. El plazo para que Medicaid procese las solicitudes y le informe de la aprobación/denegación es normalmente de 30 a 60 días.*

Por favor, incluya con su solicitud todos los puntos aplicables que se enumeran a continuación:

- **Identidad (prueba de quién es usted)** – Licencia de conducir actual o tarjeta de identificación del Departamento de Seguridad Pública. Si una persona tiene el derecho de actuar en su nombre (como su representante autorizado), esa persona también debe presentar una prueba de identidad.
- **Estatus migratorio** – Tarjeta de residente (I-551), formulario de llegada/salida (I-94). O documentos del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (USCIS). Necesitamos copias del anverso y reverso de estos formularios.
- **Representante legal (una persona que tiene el derecho de actuar por usted en asuntos legales)** – Documentos de poder notarial, orden de tutela, órdenes judiciales o documentos judiciales similares.
- **Beneficios de veterano, compensación laboral o desempleo** – Carta de concesión o talones de pago.
- **Beneficios del Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) o pensión** – Carta de concesión o talones de pago.
- **Servicio militar** – Identificación militar actual (Formulario DD-2), órdenes militares o documentos de separación (Formulario DD-214).
- **Préstamos y obsequios (esto incluye a alguien que pague sus facturas)** – Acuerdos de préstamo o una declaración de la persona que le da dinero o paga sus facturas. Debe mostrar el nombre de esa persona, su dirección, número de teléfono y firma.
- **Residencia (prueba de que vive en Texas)** – Factura de servicios públicos, licencia de conducir, identificación del Departamento de Seguridad Pública de Texas, recibo de renta, o una carta del arrendador (no puede ser un familiar).

Estos programas solo aplican a ciertos servicios en las siguientes instalaciones operadas por el Distrito del Hospital bajo el Condado de Hamilton:

- Programa de Asistencia Financiera
  - Hospital General de Hamilton
  - Todas las Clínicas de Salud Rural de HHS
  - Otros Servicios para Proveedores del Hospital General de Hamilton
  - Servicios de Emergencia Médica (EMS) de los condados de Lampasas, Llano y San Saba
- Programa para Indigentes
  - Hospital General de Hamilton
  - Clínica de Salud Rural de Medicina Familiar de Hamilton

Tenga en cuenta: estos programas están diseñados para ser utilizados como un pagador de último recurso. Debe buscar asistencia de cualquier programa federal, estatal o local disponible. Si usted califica para cualquier otro programa, u obtiene cualquier tipo de cobertura de seguro, será sujeto a ser removido de cualquiera de nuestros programas.

Al firmar el formulario, usted otorga al Sistema de Salud de Hamilton los siguientes permisos:

- Enviar este formulario a Medicaid en su nombre.
- Obtener y/o divulgar su información personal que pueda influir en su elegibilidad.
- Divulgar su información personal a cualquier agencia y/o organización de salud y/o servicios humanos a la que se le pueda referir.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre (Solicitante) Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre (Cónyuge) Fecha

Las solicitudes se pueden entregar de una de las siguientes maneras:

- Entregarse en la recepción de cualquier Clínica de HHS o en el Hospital General de Hamilton.
- Se pueden enviar por correo a:
  - Hospital General de Hamilton  
Attn: Asesor Financiero del Paciente  
400 N Brown St  
Hamilton, TX 76531
- Enviarse por fax a:
  - (254) 386-3988

Información de Contacto:

- Asesor Financiero del Paciente
- Teléfono: (254) 386-1717
- Mon-Fri 8am-5pm