

Application for Healthcare Assistance

This packet is the Medical Arts Hospital financial assistance application. We ask that the application be completed during your stay or returned back to us within 14 business days of discharge. If the application is not returned to use completely filled out within that time frame with **all** of the information requested, the application will not be processed. Therefore, to assist you with the processing of the applications please submit **ALL** of the following forms of documentation which apply to your household. Failure to submit **ALL** documentation will result in your application for healthcare assistance being **DENIED**. Applicants **must** be residents of Dawson County Texas. *Instucciones en español están de el otro lado. Aplicantes deben vivir en el condado de Dawson.*

- Current Federal Tax Return or W2 Statements or Past 12 Months income
- Copy of Paycheck or Paycheck Stubs – at least two
- Copy of Social Security Check, Unemployment Check, Worker’s Compensation Check, Child Support, Etc.
- Notice of TANF, SNAP, or Medicaid benefits or Denial letters
- Public Assistance: HUD assistance, WTO Assistance
- Check and/or Savings Account Statement
- Social Security Cards for Household Members
- Texas Driver’s License or other Official Identification
- Proof of Application for Healthcare Coverage
- One of the following for Address Verification (Applicant must be a Dawson County Resident)
 - Utility Bill in applicant or spouse/domestic partners name
 - Voter Registration Card
 - Automobile Registration
 - Verification of Property Tax
- If applicable Assistance Verification Form and proof of income for person who provides assistance.

This application may be turned in with the supporting documents to the registration desk Medical Arts Hospital or to the Eligibility Coordinator’s office at Medical Arts Hospital. If you require assistance in filling out this application please call 806-872-1155 and the Eligibility Coordinator will set up an appointment. To ensure a successful appointment please be sure and bring all the supporting documents requested. If you have any question regarding this application or the Charity Program please call the above number.

Date Received – Please Stamp
Guarantor # _____

Solicitud de asistencia medica

*Este paquete es la solicitud de asistencia financiera del Medical Arts Hospital. Le pedimos que complete la solicitud durante su estadía o que nos la devuelva dentro de los 14 días hábiles posteriores al alta. Si la solicitud no se vuelve a utilizar completamente completada dentro de ese plazo con toda la información solicitada, la solicitud no se procesará. Por lo tanto, para ayudarlo con el procesamiento de las solicitudes, presente **TODAS** las siguientes formas de documentación que se aplican a su hogar. Si no presenta **TODA** la documentación, su solicitud de asistencia médica será **DENEGADA**. Aplicantes deben vivir en el condado de Dawson.*

- Impuetoss federales sobre los ingresos o W2 declaracion o ingresos de 12 meses pasado*
- Copia de cheque to Suguro Social, Cheque de compensaciòn de desempleo, check de seguro obrero, cheque de manutensiòn de hijos*
- Aviso de beneficios o negaciones de TANF, SNAP, o Medicaid*
- Prueba de asistencia publico, HUD, o WTO*
- Estado de cheque y ahorros*
- Cartas de Seguro Social para meimbros de la casa*
- Licencia de conducir de Texas o de otra identificaciòn official*
- Prueba de forma de aplicaciòn de coverture medica*
- Uno de los siguientes para verificaciòn de direcciòn (Aplicante tiene que ser residente de Dawson Co.)*
 - Factura de servicios pùblicos en nombre del solicitante o cónyuge / pareja de hecho*
 - Tarjeta de registro de votante en el condado de Dawson*
 - Verificaciòn de impuestos de propiedad*
 - Registro de automòviles*
- Si corresponde Formulario de verificaciòn de asistencia y comprobante de ingresos de la persona que brinda asistencia*

Esta solicitud se puede entregar con los documentos de respaldo al mostrador de registro de Medical Arts Hospital o a la oficina del Coordinador de elegibilidad en Medical Arts Hospital. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al 806-872-1155. El coordinador de elegibilidad programará una cita. Para asegurar una cita exitosa, asegúrese de traer todos los documentos de respaldo solicitados. Si tiene alguna pregunta sobre esta aplicaciòn o el Programa de caridad, llame al número anterior.

Personal Information

Patient/Guarantor Name nombre de paciente/garante	
Patient/Guarantor SSN seguro social de paciente o garante	
Spouse/Domestic Partners Name nombre de pareja	
Spouse/Domestic Partners SSN Seguro social de pareja	
Street & Mailing address Direcciones de calle y de correo (Must live in Dawson Co. Debe Vivir in Dawson Co.)	
City, State, Zip ciudad, estado, código postal	
Phone Number número de teléfono	

Applicant Employment:

- Full-Time
 Part-Time
 Unemployed
 Disabled

Solicitante Empleo:

- Tiempo completo
 Tiempo parcial
 Desempleado
 Discapacitado

Marital Status:

- Married
 Single
 Widow
 Divorced

Estado civil:

- Casado
 Soltero
 Viudo/a
 Divorciado/a

Living Arrangements mark one:

- Own or Buying home/Casa propia o comprando

Arreglos de vivienda marca uno :

- Live with Someone/Vivo con alguien
 NO Permanent Residence /NO tengo residencia permanente
 Live in House provided by someone else/Vivo en casa ajena
 Rent House/Apartment/Rento una casa o apartamento

HOUSEHOLD STATUS – Please list all members of your household/**Estado de la casa** – Por favor enumere todos los miembros de su hogar

Name/Nombre	Date of Birth/Fecha de nacimiento	Relationship to applicant Relación con solicitante
1		Self/Usted
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

If more household members need to be listed please add another page. Si es necesario incluir más miembros del hogar, agregue otra página.

Assistance Verification Form

Formulario de Verificación de Asistencia

I/We (Yo/Nosotros) _____ provide assistance
(Print Name/Imprimi Nombre)

for (propocinar asistencia para:

(Print Applicant Name/ Imprimir el Nombre del solicitante)

I/We help in the following ways./Asistemos en las siguientes maneras.

- Cash in the amount of (efectivo en la cantidad) _____ per month/por mes
- Food and/or Personal Items /Comida or cosas personales
- Payment of Medical bills or Prescriptions/Pago de facturas mèdeicas o recetas
- Transportation/Transporte
- Shelter/Abrigo
- Payment of Utilities/Pago de utilidades
- Other(Please explain)/Otro (por favor explique)

Please print address and phone number of the person providing assistance. Por favor escriba la dirección y el número de teléfono de la persona que brinda asistencia

Address/Direccion

City, State, Zip / Ciudadad, Estado, Còdigo Postal

Phone Number/número de teléfono

Signature of Person providing assistance/Firma de la persona que brinda asistencia

Date/Fecha

List all of your household's income. Be sure to include the following: Government checks, money from training or work, money you collect from charging room and board or rent, cash gifts, loans, school grants or loans, child support and unemployment compensation, contributions from parents, relatives, friends and others. *Instucciones en español del otro lado*

Annual Income			
Description	Patient/Guarantor Enter amount below	Spouse/Domestic Partner Enter amount below	weekly, bi-weekly, monthly
Employer			
Gross Wages & Salary (before taxes)			
Self- Employment Income			
Interest/Dividends			
Rentals/Leases			
Social Security			
Alimony			
Child Support			
Unemployment			
Disability			
Public Assistance			
Any other sources of income attach list			
Total Annual Income			

Assets				
Description	Patient/Guarantor	Spouse/Domestic Partner	Total	Amount Owed if Applicable
Checking Account Balance				
Savings Account Balance				
Stocks, Bonds, CDs Value				
Primary Residence				
Other Real Estate				
Motor Vehicle – Value				
Motor Vehicle – Value				
Motor Vehicle				
How much money do you have on hand?				
Other Assets				
Total Assets				

Enumere todos los ingresos de su hogar. Asegúrese de incluir lo siguiente: cheques del gobierno, dinero de capacitación o trabajo, dinero que cobra por cobrar alojamiento y comida o alquiler, obsequios en efectivo, préstamos, subsidios o préstamos escolares, manutención infantil y compensación por desempleo, contribuciones de padres, familiares, amigos y otros.

Ingresos Anuales			
Tipo de ingreso	Paciente o garante Escribe Cantidad abajo	Pareja Escribe Cantidad abajo	Recibido semanalmente, quincenalmente, mensualmente
Sueldos y salarios brutos			
Ingresos de autoempleo			
Intereses dividendos			
Alquileres y arrendamientos			
Seguro Social			
Pensión alimenticia			
Manutención de los hijos			
Beneficios de Desempleo			
Beneficios por discapacidad			
Asistencia Pública			
Otras fuentes de ingresos - por favor enumere			
El ingreso total anual			

Activos o Bienes				
Tipo de activos	Paciente o garante	Pareja	Total	Duedas propeidad si aplicable
Saldo de cuenta corriente				
Saldo de la cuenta de ahorro				
Acciones, bonos, valdor de depósitos en efectivo				
Residencia primaria				
Vehiculo – valor				
Vehicule – valor				
Cuánto dinero tienes a mano				
Otros bienes				
Otros bienes				
Activos totals				

Average Monthly Household Expenses /Gastos mensuales promedio del hogar	
Average Monthly Household Expenses /Gastos mensuales promedio del hogar	
Rent or Mortgage Payment/ Renta o pago de hipotecario	
Electric/Luz	
Gas/Gas	
Water/Agua	
Telephone/Cell Phone /teléfono o celular	
Automobile Payment(s)/Pago de automóvil	
Gasoline or transportation/gas o transporte	
Car Insurance/seguro de auto	
Tax and Insurance on home per year/Impuestos y seguro en caso por año	
Life Insurance/ seguro de vida	
Loans/Préstamos	
Food /Comida	
Other/Otro	
Other/Otro	
TOTAL EXPENSES /GASTOS TOTALES	

	Yes/Si	No/No
Does anyone pay or help pay for these household expenses? ¿Alguien paga o ayuda a pagar estos gastos domésticos? *If yes the person who provides assistance will need to fill out the assistance verification form. En caso afirmativo, la persona que brinda asistencia deberá completar el formulario de verificación de asistencia.		
Are you or is anyone in your household receiving TANF, SNAP, Or Medicaid benefits? If yes, who receives these benefits? ¿Usted o alguien de su hogar recibe beneficios de TANF, SNAP o Medicaid? ¿En caso afirmativo, quein recibe estos beneficios?		
Are you or someone in your household pregnant? ¿Está usted o alguien en el hogar embarazada?		
Have you or anyone in your household applied for SSI or SSDI? ¿Usted o alguien en su hogar ha solicitado SSI or SSDI? (Beneficios de incapacidad del Seguro)		
Does anyone in your household own or pay for a home, lot, land, or other things? ¿Alguien en su hogar posee o paga una casa, lote, terreno u otras cosas?		
Did you or anyone in your household see, trade, or giveaway any cash or property during the last three months? ¿Usted o alguien en su hogar vio, intercambió o regaló efectivo o propiedad durante los últimos tres meses?		
Have you or anyone in your household worked in the last twelve months? ¿Usted o alguien en su hogar ha trabajado en los últimos doce meses?		

Any additional information you would like us to consider can be included in this space. If additional space is needed please use the back of this page.

I understand that by signing this application, I am giving Dawson County Hospital District (DCHD) the right to recover the cost of health care services provided by the DCHD from any third party. I agree to give DCHD any information it needs to identify and locate all other sources of payment for health care services. I have been told and understand that my failure to meet the obligations set forth may be considered intentional withholding of information and can result in the recovery of any loss by repayment or by filing civil or criminal charges against me.

Entiendo que al firmar esta solicitud, le doy al Distrito Hospitalario del Condado de Dawson (DCHD) el derecho de recuperar el costo de los servicios de atención médica provistos por el DCHD de cualquier tercero. Estoy de acuerdo en proporcionarle a DCHD cualquier información que necesite para identificar y localizar todas las demás fuentes de pago por servicios de atención médica. Me han dicho y entiendo que mi incumplimiento de las obligaciones establecidas puede considerarse retención intencional de información y puede resultar en la recuperación de cualquier pérdida por reembolso o por presentar cargos civiles o penales en mi contra.

Signature of Applicant & Date

Signature of Spouse/Domestic Partner & Date

Signature of Person Who Helped complete this application Date & Telephone