



TEXAS A&M PHYSICIANS

Texas A&M Physicians • 2900 E 29th Street • Bryan • Texas • 77802 • 979 776 8440 (P) • 979 776 6905 (F)

Solicitud de Asistencia Financiera

El Centro de Ciencia de la Salud del Sistema de la Universidad de Texas A&M y con la asisitenca de CPRIT, financiará colonoscopias para los bajo ingresos del Valle de Brazos.

Este programa pagará por:

El costo del examen (Colonoscopia)

Materiales para la Preparación:

4 Tabletas de Dulcolax/Bisacodyl® (20mg)

2 Botellas de Powerade® / Gatorade® (32 fl. oz.)

1 Botella de Miralax® (238g)

Patología (si es necesario)

El proceso de seleccion requiere declaración de activos, seguro médico y ingresos.

Para recibir asistencia, pacientes debe presentar los siguiente documentos:

- 1) Identificación 2) Comprobante de Domicilio 3) Comprobante de Ingresos

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Nº de teléfono 1: _____
Condado: _____ Estado: _____ Código Postal : _____ Nº de teléfono 2: _____

Estado Civil: (Círcule Uno) Número total de personas en el hogar:
Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) (Incluyendo a usted mismo) _____

¿Tiene usted seguro médico ? (Círcule Uno) SI / NO
Si responde si, que proveedor? _____ Suscriptor: (Círcule Uno) Yo Mismo/ Esposo(a)
Deducible: _____ Límite maxima desembolso: _____
Tiene Medicare Parte B? (Círcule Uno) SI / NO
Tiene Medicaid? (Círcule Uno) SI / NO
Recientemente has solicitado para medicaid? (Círcule Uno) SI / NO Si responde si, cuando? _____



TEXAS A&M PHYSICIANS

INGRESOS:

Mismo:		Esposo(a):	
Sueldo / Salario (semana/quincena/mes/año)	\$ _____	Sueldo / Salario (semana/quincena/mes/año)	\$ _____
Beneficios de Seguro Social	\$ _____	Beneficios de Seguro Social	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	Otros ingresos	\$ _____

No recibo ingresos y estoy 100% apoyado(a) financieramente por otros _____ iniciales

ACTIVOS:

Mismo:		Esposo(a):	
Cuenta bancaria de cheques	\$ _____	Cuenta bancaria de cheques	\$ _____
Cuenta bancaria de ahorros	\$ _____	Cuenta bancaria de ahorros	\$ _____
Otros activos de valor total	\$ _____	Otros activos de valor total	\$ _____

Yo, _____, he vivido en el Valle de Brazos (Brazos / Robertson
(Letra de molde Nombre y Apellido)
Grimes / Washington / Burleson / Madison / Leon) por _____ meses / años y seguiré viviendo en Texas.
Su firma en esta solicitud significa que usted entiende las preguntas y declaraciones hecha en este formulario de solicitud y que usted está confirmando que todas sus respuestas estan correctas y completas de acuerdo con su leal saber y entender.

_____	_____	_____
Nombre del paciente (letra de molde)	Firma del paciente	Fecha de hoy

- Podrán considerarse circunstancias atenuantes. Solicitud de consideración especial debe ser presentado por escrito. Las decisions serán hechas por el Comité de Asistencia Financiera dentro de 10 días, o antes si es médicamente necesario.
- El Comité de Asistencia Financiera incluye: Director del Programa, Gerente de Enfermeras, Gerente Administrativo Clínico, Coodinador del Programa, y Trabajador Social licenciado de personal.

Uso de oficina solamente COMPROBANTE DE ID / RESIDENCIA DE TX COMPROBANTE DE INGRESOS HOJA DE CÁLCULO EXCEL

_____	_____	_____
Nombre de Personal	Firma de Personal	Fecha de hoy