



Solicitud de asistencia financiera

Nombre:		Número de cuenta:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		N.º de Seguro Social (últimos 4 dígitos):

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR: Enumere a todos los miembros del grupo familiar, incluido el paciente, el cónyuge y todos los hijos biológicos/legalmente adoptados menores de 18 años.

Nombre y apellido	Relación con el paciente	Edad/Fecha de nacimiento	Ingresos brutos totales en los últimos 3 meses antes de la fecha del servicio	Ingresos brutos totales en los últimos 12 meses antes de la fecha del servicio
	Él mismo			

Si no posee ingresos, ¿cómo recibe apoyo financiero? (Incluya una declaración firmada de las personas que le proporcionan apoyo, la relación con usted y el tipo y origen de apoyo financiero).

¿Tenía seguro de salud durante la fecha del servicio? ☐ No ☐ Sí (Proporcione una copia de la credencial con la solicitud)
¿Algún miembro de su grupo familiar tiene una cuenta de ahorros o de cheques? ☐ No ☐ Sí (Valor _____)
¿Algún miembro de su grupo familiar posee otros activos? ☐ No ☐ Sí (Tipo/Valor: _____)

Para los **ingresos/activos** enumerados a continuación, debe proporcionar lo siguiente para cada miembro del grupo familiar:

- ☐ Empleo = talonarios de pago actuales o verificación escrita del empleados; declaración fiscal de ingresos, formularios w-2 y 1099
- ☐ Empleo independiente = formularios fiscales completos de las declaraciones más recientes, incluido el Programa C
- ☐ Seguro Social/pensión/discapacidad = carta de beneficios más reciente
- ☐ Otro = comprobante de otro ingreso (beneficios por desempleo, dividendos, intereses, ingresos por alquiler, etc.)
- ☐ Cheques/ahorros = declaración de 30 días actual para cada cuenta

Al firmar este documento:

Confirmando que todas las respuestas en esta solicitud son verdaderas. En caso de que una revisión subsiguiente revele que alguna parte de la información provista es fraudulenta, la decisión de proporcionar asistencia financiera podría revertirse y se facturará a la parte responsable. Comprendo que la información que envío está sujeta a verificación y revisión por parte de las agencias federales o estatales y otras agencias, según corresponda.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____