

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Paciente/Garante:		ACCT#:	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCION:		CIUDAD/ESTADO:	CODIGO POSTAL:
TELEFONO DE CASA:	TELEFONO MOVIL:		CONDADO:

LISTA DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON LA PACIENTE	SEXO/RAZA
			/
			/
			/
			/
			/

Gross Income	INGRESOS DEL PACIENTE (Anualmente)	INGRESOS DEL CONYUGE
SALARIOS, PRIPINAS	\$	\$
INGRESOS DE NEGOCIOS Y TRABAJO POR CUENTA PROPIA		
JUBILACION DEL SEGURO SOCIAL	\$	\$
INCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL/SSI	\$	\$
BENEFICIOS PARA VETERANOS	\$	\$
DESEMPLEO/ COMPENSACION DEL TRABAJADOR	\$	\$
OTROS INGRESOS	\$	\$

FIRMAS

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTA DECLARACION FINANCIERA DEL PACIENTE ES VERDADERA, PRECISA Y COMPLETA A MI LEAL SABER Y ENTERDER. POR LA PRESENTE AUTORIZO AL HOSPITAL CUALQUIER INFORMACION FINANCIERA QUE PUEDA SOLICITAR

Paciente/Garante:	FECHA:	TESTIGO:
-------------------	---------------	-----------------