

## Solicitud de asistencia financiera

<b>Nombre:</b>		<b>Número de cuenta:</b>
<b>Dirección:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Teléfono:</b>		<b>N.º de Seguro Social:</b>

**INFORMACIÓN DEL HOGAR:** Enumere todos los miembros del hogar, incluidos el paciente, el cónyuge y cualquier hijo biológico/legalmente adoptado menor de 18 años

Nombre y apellido	Relación con el paciente	Edad/Fecha de nacimiento	Ingresos brutos totales de los 3 meses anteriores a la fecha de solicitud	Ingresos brutos totales de los 12 meses anteriores a la fecha de solicitud
	Usted mismo			

**Si no tiene ingresos, ¿cómo se mantiene?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tenía seguro médico en la fecha del servicio?  No  Sí (proporcione una copia de la tarjeta con la solicitud)

¿Alguien en su hogar tiene una cuenta corriente o de ahorros?  No  Sí (Valor \_\_\_\_\_)

¿Alguien en su hogar tiene otros activos?  No  Sí (Tipo/valor: \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para los **ingresos/activos** enumerados anteriormente, debe proporcionar lo siguiente para cada miembro del hogar:

- Empleo: Talones de pago que muestren ingresos brutos de 3 o 12 meses anteriores a la fecha de solicitud
- Empleo independiente: formularios de impuestos completos de la presentación más reciente, incluido el Anexo C
- Declaración de impuestos más reciente
- Seguro Social/pensión/discapacidad: carta de beneficios más reciente
- Otro: prueba de cualquier otro ingreso (beneficios de desempleo, dividendos, intereses, ingresos de alquiler, etc.)
- 3 meses de extracto bancario completo (todas las páginas) de cada cuenta

Afirmo que todas las respuestas de esta solicitud son verdaderas. En caso de que una revisión posterior revele que cualquier información proporcionada fue fraudulenta, la decisión de proporcionar asistencia financiera puede revertirse y se le facturará a la parte responsable.

Comprendo que la información que envío está sujeta a la verificación y revisión por parte de organismos federales y/o estatales y otros, según sea necesario.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Respresentante Autorizado \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_