

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

PARTE 1 - INFORMACIÓN DEL HOGAR - Para completar por el solicitante

Nombre: Primero, Medio, Apellido	Fecha de Nacimiento	Relación con el Solicitante	Seguro de Salud o Cobertura de Terceros	
		<i>PACIENTE</i>	Si ___	No ___
			Si ___	No ___
			Si ___	No ___
			Si ___	No ___
			Si ___	No ___
			Si ___	No ___
			Si ___	No ___

Dirección: _____

Dirección de Envío: _____

Número de Teléfono: _____ Situación de vivienda: Alquiler ___ Propia ___ Otra ___ Ciudadano de los Estados Unidos: Sí ___ No ___

PARTE 2- INFORMACIÓN FINANCIERA: para ser completada por el Solicitante

EJEMPLOS	INGRESOS			EJEMPLOS	BIENES	
	TIPO	QUIEN	IMPORTE BRUTO (ÚLTIMOS 12 MESES)		TIPO	VALOR
Salarios, Trabajo por cuenta propia, Seguro social, Contribuciones de manutención infantil, Compensación por desempleo, Retiro ferroviario, SSI, AFDC				Efectivo, Cuenta de cheques, Automóvil / Camión, Motocicleta, Seguro de entierro, Fondos fiduciarios, Seguro de vida, Terreno de entierro, Bienes raíces, Equipos comerciales, Botes, Acciones / Bonos, Ahorros		

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Además, completaré una solicitud para cualquier asistencia (Medicare, Medicaid, seguro, etc.) que pueda estar disponible para el pago de mis cargos hospitalarios, y tomaré las medidas razonablemente necesarias para obtener dicha asistencia y asignaré el pago al hospital. por el importe recuperado por gastos de hospital. Si cualquier información que he proporcionado no es cierta, entiendo que el hospital puede volver a evaluar mi estado financiero y tomar las medidas que sean apropiadas.

Fecha de Solicitud: _____

Firma del Solicitante: _____