

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

Información del paciente

(Todos los campos se deben completar en letra de imprenta. Si alguna línea individual de la solicitud no aplica para usted, escriba N/A.)

Fecha: _____ Numero de cuenta: _____

Nombre (nombre y apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correspondencia: _____

Número del Seguro Social (opcional): _____

Empleador: _____ Situación laboral: _____

Número de horas de trabajo semanales: _____ Número de teléfono del empleador: _____

Información de la persona responsable o del tutor legal

(Si el paciente en cuestión es también la persona responsable, deje esta sección en blanco.)

Nombre (nombre y apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correspondencia: _____

Número del Seguro Social (opcional): _____

Empleador: _____ Situación laboral: _____

Número de horas de trabajo semanales: _____ Número de teléfono del empleador: _____

Información del cónyuge de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre (nombre y apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correspondencia: _____

Número del Seguro Social (opcional): _____

Empleador: _____ Situación laboral: _____

Número de horas de trabajo semanales: _____ Número de teléfono del empleador: _____

Dependientes de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Parentesco con la persona responsable: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Parentesco con la persona responsable: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Parentesco con la persona responsable: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Parentesco con la persona responsable: _____

Número de adultos y niños que viven en el grupo familiar: _____

Ingresos mensuales

(Complete la información de esta sección utilizando cantidades en dólares para cada uno de los elementos que se enumeran a continuación. Indique una cantidad mensual para cada uno.)

Ingresos devengados del solicitante: _____

Manutención infantil recibida: _____

Ingresos del cónyuge del solicitante: _____

Pensión alimenticia recibida: _____

Beneficios del Seguro Social: _____

Ingresos por alquiler de propiedades: _____

Ingresos por pensión/jubilación: _____

Cupones de alimentos: _____

Ingresos por incapacidad: _____

Distribución de fondos fiduciarios recibidos: _____

Compensación por desempleo: _____

Otros ingresos: _____

Indemnización laboral: _____

Otros ingresos: _____

Ingresos por intereses/dividendos: _____

Total de ingresos brutos mensuales: \$ _____

Gastos mensuales de costo de la vida

Hipoteca/alquiler: _____

Manutención infantil/pensión alimentaria: _____

Servicios públicos: _____

Tarjetas de crédito: _____

Teléfono (fijo): _____

Facturas de médicos y hospitales: _____

Teléfono móvil: _____

Seguro de automóvil: _____

Comestibles/alimentos: _____

Seguro de vivienda/propiedad: _____

Servicio de cable/internet/televisión satelital: _____

Seguro médico/salud: _____

Pago de automóvil: _____

Seguro de vida: _____

Cuidado de los niños: _____

Otros gastos mensuales: _____

Activos

Efectivo/ahorros/cuentas corriente: _____

Acciones/bonos/inversiones/certificados de depósito: _____

Otros bienes inmuebles/vivienda secundaria: _____

Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo: _____

Automóviles de colección/automóviles no esenciales: _____

Otros activos: _____

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y está completa. Por la presente, autorizo al hospital para obtener información brindada por organismos externos de reportes crediticios en caso de que hospital lo considere necesario.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Comentarios: _____

