

Formulario de solicitud de asistencia financiera

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escriba su nombre completo, la dirección en el momento en que recibió el servicio médico y otra información que se menciona en esta sección.

Número de cuenta _____ Fechas del servicio _____

Nombre del paciente: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____
NÚMERO Y CALLE

Estado de residencia: _____ Código postal: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Estado civil Soltero Casado Divorciado

Número de teléfono principal: (_____) _____ Hogar Celular Trabajo Otro: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Seguro de salud en el momento en que recibió el servicio: Sin seguro Medicare Medicaid Otro _____

SECCIÓN DOS: INGRESOS Y ACTIVOS FAMILIARES

Proporcione información sobre sus ingresos, los del cónyuge y los de todos los demás miembros de la familia (si corresponde).

Fuente de ingresos	Total de los 3 meses anteriores al servicio	Total de los 12 meses anteriores al servicio
Sueldos/trabajo independiente	\$ _____	\$ _____
Seguro Social	\$ _____	\$ _____
Pensión, dividendos, intereses, ingresos por alquileres	\$ _____	\$ _____
Desempleo, indemnización laboral	\$ _____	\$ _____
Manutención infantil (solo si el paciente es el destinatario previsto)	\$ _____	\$ _____
Otro	\$ _____	\$ _____

Patrimonio neto total (activos - deuda) a la fecha de la solicitud: \$ _____

SECCIÓN TRES: INGRESOS E INFORMACIÓN FAMILIAR

Escriba todos los miembros de la familia en el hogar y sus fechas de nacimiento.

Proporcione la siguiente información para todos los familiares directos que viven en su hogar. Para el Healthy Communities Access Program (HCAP), la familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos menores de 18 años (biológicos o adoptivos) del paciente que viven en el hogar. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, a los padres biológicos o adoptivos del paciente y a los niños menores de 18 años (biológicos o adoptivos) de los padres que viven en el hogar del paciente.

Nombre de los miembros de la familia, incluido el paciente	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
1. Paciente: _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

Al firmar a continuación, certifico que toda la información mencionada en esta solicitud y en cualquier archivo adjunto es auténtica.

Firma de la parte responsable: x _____ Fecha: _____

Al firmar a continuación, certifico que revisé y que apruebo la presente solicitud.

Firma del director ejecutivo (CEO) del hospital: x _____ Fecha: _____