

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 _____ Número de cuenta _____
Nombre (nombre y apellido) _____
Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____
Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
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 (primer nombre y apellido) _____
Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____
Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
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 (primer nombre y apellido) _____
Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ Número de teléfono _____
Dirección de correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
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 _____
Ingresos del cónyuge del solicitante _____
Beneficios del Seguro Social _____
Ingresos por pensión/jubilación _____
Ingresos por incapacidad _____
Compensación por desempleo _____
Indemnización laboral _____
Ingresos por intereses/dividendos _____

Manutención infantil recibida _____
Pensión alimenticia recibida _____
Ingresos por alquiler de propiedades _____
Cupones de alimentos _____
Distribución de fondos fiduciarios recibidos _____
Otros ingresos _____
Otros ingresos _____
Total de ingresos brutos mensuales \$ _____

Gastos mensuales de costo de la vida

Hipoteca/alquiler _____
Servicios públicos _____
Teléfono (fijo) _____
Teléfono móvil _____
Comestibles/alimentos _____
Servicio de cable/internet/televisión satelital _____
Pago de automóvil _____
Cuidado de los niños _____

Manutención infantil/pensión alimentaria _____
Tarjetas de crédito _____
Facturas de médicos y hospitales _____
Seguro de automóvil _____
Seguro de vivienda/propiedad _____
Seguro médico/salud _____
Seguro de vida _____
Otros gastos mensuales _____
Total de 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
