

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Información del solicitante:

(Por favor, complete en imprenta todos los espacios en la solicitud. Indique N/A si no es aplicable en ninguna línea individual de la solicitud)

Nombre (nombre y apellido) _____

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

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de Empleo _____ Situación Laboral _____ Número de horas trabajadas por semana _____.

Información del cónyuge del solicitante:

Nombre (nombre y apellido) _____

Fecha de Nacimiento _____ número de teléfono _____.

Nombre de Empleo _____ Situación laboral _____ Número de horas trabajadas por semana _____

Dependientes:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento : _____ Relación: _____.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____.

Ingresos mensuales:

(Complete los montos en dólares para cada artículo que se enumera a continuación. Proporcione una cantidad por mes para cada uno).

Ingreso bruto del solicitante _____ Manutención de los hijos _____.

Ingreso bruto del cónyuge _____ Pensión alimenticia _____.


Beneficios de seguro social _____ Ingresos alquiler de la propiedad _____.


Ingresos de pensión/jubilación _____ Ingresos laborales por propia cuenta _____.


Ingresos por discapacidad _____ Otros Ingresos _____.

Ingresos de Compensación de Trabajadores _____ No Ingresos: Complete / firme el formulario de no ingresos.

Afirmo con mi firma a continuación que la información contenida en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en proporcionar información adicional según lo solicitado para determinar la elegibilidad. Estoy de acuerdo en informar a St Mary's Healthcare de inmediato de cualquier cambio en mis necesidades, ingresos, arreglos de vivienda o dirección.

 _____
firma

 _____
Relación (si no es paciente)

 _____
Fecha

SOLO USO DE OFICINA

Descuento % Aprobado

Fecha de aprobación
