

Nombre:		Número de cuenta:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal (Zip Code):
Teléfono:		Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social:

INFORMACIÓN DEL HOGAR: Indique todos los miembros del hogar, incluyendo al paciente, su cónyuge y cualquier hijo biológico o legalmente adoptado menor de 18 años

Nombre y apellidos	Relación con el paciente	Edad / Fecha de nacimiento	Ingresos brutos totales en los 3 meses anteriores a la fecha de recibir servicio	Ingresos brutos totales en los 12 meses anteriores a la fecha de recibir servicio
	Mismo			

Si no tiene ingresos, ¿cómo se sostiene económicamente?

¿Tenía seguro médico en la fecha que recibió servicio? ☐ No ☐ Sí (adjunte una copia de la tarjeta junto con la solicitud)

¿Alguien de su hogar tiene una cuenta de cheques o de ahorros? ☐ No ☐ Sí (Balance: _____)

¿Algún miembro de su hogar tiene otros activos? ☐ No ☐ Sí (Tipo/Valor: _____)

En cuanto a **los ingresos y activos** indicados anteriormente, debe proporcionar lo siguiente para cada miembro del hogar:

☐ Empleo = talonarios de nómina que muestren los ingresos brutos de los 3 o 12 meses anteriores a la fecha de recibir servicio

☐ Trabajo por cuenta propia = rellene los formularios de impuestos usando la información que aparece en la última declaración, incluyendo el Anejo C

☐ Seguro Social / Pensión / Discapacidad = carta de beneficios más reciente

☐ Otros = comprobante otros ingresos (beneficios por desempleo, dividendos, intereses, ingresos por alquiler / renta, etc.)

☐ Cuenta de cheques / cuenta de ahorros = estado de cuenta bancario de los últimos 30 días para cada cuenta

Al firmar este documento:

Declaro que todas las respuestas de esta solicitud son ciertas. Si una revisión posterior revela que alguna de la información proporcionada es falsa, la decisión de otorgar la asistencia financiera podrá ser revocada y se facturará la parte responsable. Entiendo que la información que proporciono está sujeta a verificación y revisión por parte de organismos federales y/o estatales y de otras entidades, según sea necesario.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del representante autorizado: _____ **Fecha:** _____