BORGESS | Ascension

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE) **Núm. de cuenta**

Nombre del paciente:	**Fecha de nacimiento**	**Estado civil**	**Sexo**		**Núm. de teléfono**
Dirección:	**Ciudad**	**Estado**	**Zip**		**Dirección de email**
Número de la seguridad social:	**Empleador:**		**Jornada** Completa **Jornada** Parcial		**Horas a la semana**
Dirección del empleador:	**Ciudad**	**Estado**	**Zip**		**Núm. de teléfono**

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE LEGAL

Nombre Igual que arriba	**Fecha de nacimiento**	**Estado civil**	**Sexo**		**Núm. de teléfono**
Dirección:	**Ciudad**	**Estado**	**Zip**		**Dirección de email**
Número de la seguridad social:	**Empleador:**	**Jornada**	Jornada Completa Jornada Parcial		**Horas a la semana**
Dirección del empleador:	**Ciudad**	**Estado**	**Zip**		**Núm. de teléfono**

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE DEL RESPONSABLE LEGAL

Nombre del cónyuge		**Número de la seguridad social:**			**Fecha de nacimiento**
Nombre del empleador del cónyuge:	**Dirección:**	**Ciudad**	**Estado**	**Zip**	**Núm. de teléfono**

DEPENDIENTES:

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación

BORGESS | Ascension

INGRESOS MENSUALES BRUTOS		
Ingresos del solicitante		
Ingresos del cónyuge		
Beneficios Seguridad Social		
Pensión/jubilación		
Compensación desempleo		
Compensación accidente		
Intereses/dividendos		
Manutención infantil		
Pensión alimenticia		
Alquiler de propiedad		
Cupones para alimentos		
Otro		
Otro		
TOTAL INGRESOS BRUTOS: $		
ACTIVOS		
Dinero en metálico		
Cuenta de ahorros		
Cuenta de cheques		
Certificados de depósito		
Valores		
Seguro de vida		
Otros bienes raíces		
Otro		
Vehículo/M	**Año**	**Valor**
Acuerdos financieros:		
Seguro de vida		
Herencia		
Otro		
VALOR TOTAL DE LOS ACTIVOS:		**$**

GASTOS MENSUALES DEL HOGAR	Pago	Saldo
Hipoteca/renta		
Electricidad		
Gas		
Teléfono		
Agua		
Alimentos		
TV por cable		
Pago del auto		
Teléfono celular		
Guardería		
Manutención infantil/pensión alimenticia		
Medicamentos con prescripción		
Tarjetas de crédito:		
1.		
2.		
3.		
Otras facturas del médico/hospital:		
Gastos del seguro:		
1. Auto		
2. Propiedad		
3. Médico/vida		
Otros pagos de préstamos:		
1.		
2.		
Otros gastos mensuales:		
Cobra		
Seguro de vida		
3.		
TOTAL GASTOS MENSUALES:	$	$

***COMENTARIOS*:**

Certifico por la presente que, a mi saber y entender, toda esta información es verdadera. Autorizo al hospital para obtener información de empresas de informe de crédito exteriores si el hospital lo considera necesario.

Fecha **Firma del paciente, cónyuge, garante o representante legal**

BORGESS | Ascension

CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD AL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Al poner mi firma en este documento, certifico que todas las declaraciones e información suministrada en la solicitud al programa de asistencia financiera es verdadera, a mi saber y entender, y que he expuesto todos los hechos relacionados con mis finanzas. Entiendo y reconozco que cualquier tergiversación de la información que he suministrado en esta solicitud, o el no cooperar con los esfuerzos hechos para ayudarme a calificar para otros programas que pueden cubrir el costo de mi tratamiento (por ejemplo, *Medicaid*, *Personal Injury Claim*, *Workers Compensation*, *Uninsured Motorist*, etc.) puede resultar en la negación de mi elegibilidad al programa de asistencia financiera, convirtiéndome en responsable de pagar todos los servicios prestados. Apruebo permitir al hospital/proveedor de servicios autorizado a solicitar y revisar un informe de mi crédito y a tomar otras medidas razonables para verificar y validar toda la información suministrada en esta solicitud. Entiendo que si califico para un descuento inferior al 100%, seré responsable de pagar el monto restante de mis factura(s).

Firma del paciente/responsable legal: _____ **Fecha:** _____

CERTIFICADO DE INGRESOS NULOS (RELLENAR SOLAMENTE SI SE PRESENTÓ LA SOLICITUD CON CERO INGRESOS)

Actualmente estoy en desempleo y no tengo ninguna fuente de ingresos. Mis gastos de manutención se cubren de la siguiente manera:

Firma: _____ **Fecha:** _____