

**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Complete la solicitud lo mejor que pueda y de la forma más completa posible. Esto nos ayudará a responder su solicitud lo antes posible. Si desea proporcionar información adicional de algún tipo que considera que nos ayudará a comprender mejor su situación, adjunte una carta a esta solicitud.

También debe proporcionar una prueba de sus ingresos brutos. Esta puede ser en la forma de sus últimos tres (3) talones de pago, la declaración de impuestos del último año u otros registros que documenten sus ingresos anuales hasta la fecha.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE (LETRA DE IMPRENTA)**

				N.º de cuenta		
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo		N.º de teléfono
Dirección:		Ciudad	Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico	
Número de Seguro Social:	Empleador	Tiempo completo Tiempo parcial			Cantidad de horas/semana	
Dirección del empleador:		Ciudad	Estado	Código postal	N.º de teléfono	

**PARTE RESPONSABLE QUE NO SEA EL PACIENTE**

Nombre		Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo		N.º de teléfono
Dirección		Estado		Código postal	Dirección de correo electrónico	
Número de Seguro Social	Empleador	Tiempo completo Tiempo parcial			Cantidad de horas/semana	
Dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código postal		N.º de teléfono

**INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE**

Nombre del cónyuge		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento	
Empleador del cónyuge	Dirección:	Ciudad	Estado	Código postal	N.º de teléfono

**PERSONAS A CARGO:**

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación

**INGRESOS BRUTOS MENSUALES**

**GASTOS MENSUALES**

**DE SUBSISTENCIA**

**Pago**

**Saldo**

Ingresos obtenidos por el solicitante	_____	Hipoteca/alquiler	_____	_____
Ingresos del cónyuge del solicitante	_____	Electricidad Gas	_____	_____
Beneficios del Seguro Social	_____	Teléfono	_____	_____
Ingresos de pensión/retiro	_____	Agua	_____	_____
Compensación por desempleo	_____	Víveres	_____	_____
Compensación para los Trabajadores	_____	TV por Cable	_____	_____
Ingresos de intereses/dividendos	_____	Pago de automóvil	_____	_____
Manutención de hijos	_____	Teléfono celular	_____	_____
Pensión alimentaria	_____	Guardería de niños	_____	_____
Ingresos de propiedades alquiladas	_____	Manutención de hijos	_____	_____
Estampillas de alimentos	_____	/Pensión alimentaria	_____	_____
Otros	_____	Medicamentos recetados	_____	_____
Otros	_____	<b>Tarjetas de crédito:</b>	_____	_____
<b>INGRESOS BRUTOS TOTALES:</b>	<b>\$0</b>	1.	_____	_____
		2.	_____	_____
		3	_____	_____
<b>ACTIVOS</b>		<b>Otras facturas</b>		
Efectivo en mano	_____	<b>de médicos/hospitales:</b>		
Cuenta de ahorros	_____	1.	_____	_____
Cuenta de cheques	_____	2.	_____	_____
Certificados de depósito (C.D.)	_____	3.	_____	_____
Títulos	_____	4.	_____	_____
Seguro de vida	_____	<b>Gasto en seguros:</b>		
Otros bienes raíces	_____	1. Automóvil	_____	_____
Otros	_____	2. Propiedad	_____	_____
<b>Vehículo/Marca y modelo: Año Valor</b>		3. Médico / de vida	_____	_____
		<b>Otros pagos de préstamos:</b>		
		1.	_____	_____
		2.	_____	_____
<b>Acuerdos financieros:</b>		<b>Otros Pagos Mensuales:</b>		
Seguro de vida	_____	1.	_____	_____
Herencias	_____	2.	_____	_____
Otro	_____	3.	_____	_____
<b>VALOR TOTAL DE ACTIVOS:</b>	<b>\$0</b>	<b>GASTOS MENSUALES TOTALES:</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>

**COMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_

Por la presente, certifico que la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Por la presente, autorizo al hospital a obtener información de agencias de informes de crédito externas, en caso de que el hospital lo considere necesario.

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del paciente, cónyuge, garante o representante legal