



Ascension

Formulario de solicitud secundaria de asistencia financiera*

* Este formulario se debe utilizar solo después de que el paciente haya completado el formulario de solicitud de asistencia financiera y solo después de que se determine que los ingresos del paciente son iguales o mayores a 201 % del FPL.

¡Aplicable ÚNICAMENTE a los hospitales Ascension St. Joseph y Standish!

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 de seguro social (solo con fines de facturación e identificación) _____

Empleador _____ Situación laboral _____

Número de horas de trabajo semanales _____ Número de teléfono del empleador _____

Activos

Cuentas contables/de ahorros/corrientes \$ _____

Acciones/bonos/inversiones/certificados de depósito \$ _____

Otros bienes inmuebles/residencia secundaria \$ _____

Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo \$ _____

Automóviles de colección/automóviles no esenciales \$ _____

Otros activos \$ _____