



# 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 \$ \_\_\_\_\_