

# Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera



## 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 del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_  
Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Información de la persona responsable o del tutor legal

(Si el paciente en cuestión es también la persona responsable, deje esta sección en blanco).

Nombre (primer nombre y apellido) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_  
Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Información del cónyuge de la parte responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre (primer nombre y apellido) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección de correspondencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número del Seguro Social (opcional) \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_  
Número de horas de trabajo semanales \_\_\_\_\_ Número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

## Dependientes de la persona responsable

(Si el paciente es el mismo que el responsable, rellene la información del cónyuge del paciente).

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Parentesco con la persona responsable \_\_\_\_\_  
Número de adultos y niños que viven en el grupo familiar \_\_\_\_\_

## Ingresos mensuales

(Complete la información de esta sección utilizando cantidades en dólares para cada uno de los elementos que se enumeran a continuación. Indique una cantidad mensual para cada uno).

Ingresos devengados del solicitante \_\_\_\_\_  
Ingresos del cónyuge del solicitante \_\_\_\_\_  
Beneficios del Seguro Social \_\_\_\_\_  
Ingresos por pensión/jubilación \_\_\_\_\_  
Ingresos por incapacidad \_\_\_\_\_  
Compensación por desempleo \_\_\_\_\_  
Indemnización laboral \_\_\_\_\_  
Ingresos por intereses/dividendos \_\_\_\_\_

Manutención infantil recibida \_\_\_\_\_  
Pensión alimenticia recibida \_\_\_\_\_  
Ingresos por alquiler de propiedades \_\_\_\_\_  
Cupones de alimentos \_\_\_\_\_  
Distribución de fondos fiduciarios recibidos \_\_\_\_\_  
Otros ingresos \_\_\_\_\_  
Otros ingresos \_\_\_\_\_  
**Total de ingresos brutos mensuales \$** \_\_\_\_\_

## Gastos mensuales de costo de la vida

Hipoteca/alquiler \_\_\_\_\_  
Servicios públicos \_\_\_\_\_  
Teléfono (fijo) \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil \_\_\_\_\_  
Comestibles/alimentos \_\_\_\_\_  
Servicio de cable/internet/televisión satelital \_\_\_\_\_  
Pago de automóvil \_\_\_\_\_  
Cuidado de los niños \_\_\_\_\_

Manutención infantil/pensión alimentaria \_\_\_\_\_  
Tarjetas de crédito \_\_\_\_\_  
Facturas de médicos y hospitales \_\_\_\_\_  
Seguro de automóvil \_\_\_\_\_  
Seguro de vivienda/propiedad \_\_\_\_\_  
Seguro médico/salud \_\_\_\_\_  
Seguro de vida \_\_\_\_\_  
Otros gastos mensuales \_\_\_\_\_  
**Total de gastos mensuales \$** \_\_\_\_\_

## Activos

Efectivo/ahorros/cuentas corriente \_\_\_\_\_  
Acciones/bonos/inversiones/certificados de depósito \_\_\_\_\_  
Otros bienes inmuebles/vivienda secundaria \_\_\_\_\_  
Barco/RV/motocicleta/vehículo recreativo \_\_\_\_\_  
Automóviles de colección/automóviles no esenciales \_\_\_\_\_  
Otros activos \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y está completa. Por la presente, autorizo al hospital para obtener información brindada por organismos externos de reportes crediticios en caso de que hospital lo considere necesario.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Comentarios

---

---

---

---

---