



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ N.º de cuenta: _____
Apellido(s) 1.º nombre 2.º nombre

Cabeza de familia: _____
Apellido(s) 1.º nombre 2.º nombre

Dirección actual: _____
Población Estado Código postal

Teléfonos: Casa: _____ Tfno. alternativo: _____ Trabajo: _____

Nombre y dirección del empleador: _____
Población Estado Código postal

Nombre del cónyuge: _____ N.º del Seguro Social del cónyuge: _____
Apellido(s) 1.º nombre 2.º nombre

Empleador del cónyuge: _____ Teléfono del empleador: _____

Dirección del empleador: _____
Población Estado Código postal

En la actualidad, ¿reúne usted los requisitos para recibir alguna cobertura de seguro o está inscrito ya en alguna cobertura (p. ej., seguro comercial, Medicare, Medicaid)? [] Sí [] No

Si respondió que sí, enumere todas las coberturas de seguro: _____

Enumere todos los familiares que viven con usted; incluya su nombre y el de su cónyuge en la lista

<u>Nombre (Apellido(s), 1.º nombre, 2.º nombre)</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Relación</u>
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____
5) _____	_____	_____
6) _____	_____	_____
7) _____	_____	_____

Enumere todos los ingresos brutos para los últimos 12 meses (incluya a todos los familiares):

SALARIOS Cabeza de familia _____
(como empleado o trabajador por cuenta propia) Cónyuge _____

SEGURO SOCIAL Cabeza de familia _____
Cónyuge _____
Hijos _____

INGRESOS NO PROCEDENTES DE SALARIOS Otros _____
Pensión alimenticia _____
Manutención de hijos _____
Asignación militar _____
Pensión/Dividendos _____
Otros ingresos _____

INGRESOS TOTALES _____



Por el presente, certifico que la información detallada anteriormente es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Como parte de este proceso de solicitud, St. Dominic-Jackson Memorial Hospital podría verificar la información proporcionada en mi solicitud y en otros documentos requeridos en conexión con la solicitud. Esta comprobación podrá hacerse antes de que se apruebe la solicitud o bien como parte de su programa de control de calidad. Asimismo, me comprometo a solicitar toda asistencia (Medicaid, Medicare, seguro médico, etc.) que esté a mi disposición y que pueda pagar por mis cargos hospitalarios; de igual modo, llevaré a cabo toda acción razonablemente necesaria para recibir dicha asistencia y asignaré o pagaré al hospital el monto obtenido por los cargos hospitalarios. Si se demuestra que alguno de los datos proporcionados por mí es falso, entiendo que el hospital podrá reevaluar mi condición financiera y llevar a cabo cualquier acción que considere apropiada.

Firma del solicitante o solicitantes