

Nombre:		Número de cuenta:	
Dirección:			
City:	Estado:	Código postal:	
Teléfono:		SSN:	

INFORMACIÓN DEL HOGAR: Por favor, enumera a todos los miembros del hogar, incluyendo paciente, cónyuge y cualquier hijo biológico o legalmente adoptado menor de 18 años.

Nombre y apellido	Relación con el paciente	Edad/fecha de nacimiento	Ingreso bruto total en los 3 meses previos a la fecha de servicio	Ingreso bruto total en los 12 meses previos a la fecha de Servicio
	Pro pio			

Si no tienes ingresos, ¿cómo te están manteniendo los ingresos?

- ¿Tenías seguro médico en la fecha del servicio? No Sí (Proporciona la copia de la tarjeta con la solicitud)
- ¿Alguien en tu hogar tiene una cuenta corriente o de ahorros? No Sí (Valor _____)
- ¿Alguien en tu casa tiene otros bienes? No Sí (Tipo/Valor: _____)

Para los **ingresos/activos** mencionados anteriormente, debes proporcionar lo siguiente para cada miembro del hogar:

- Empleo = recibos de nómina que muestran ingresos brutos de 3 o 12 meses antes de la fecha de servicio
- Trabajo por cuenta propia = Formularios fiscales completos de la presentación más reciente, incluyendo el Anexo C
- Seguridad Social/Pensión/Discapacidad = Carta de prestación más reciente
- Otros = Prueba de cualquier otro ingreso (prestaciones por desempleo, dividendos, intereses, ingresos por alquiler, etc.)
- Cuenta corriente/Ahorro = Extracto actual de 30 días para cada cuenta

Firmando este documento:

Afirmo que todas las respuestas en esta solicitud son ciertas. Si una revisión posterior revela que cualquier información proporcionada fue engañosa, la decisión de proporcionar asistencia financiera puede revertirse y la parte responsable será facturada.

Entiendo que la información que envío está sujeta a verificación y revisión por parte de agencias federales y/o estatales y otros según sea necesario.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____