

# Solicitud de asistencia financiera

I. Datos del paciente					
NOMBRE DEL PACIENTE		Apellido	1er nombre	Inicial 2do nombre	No. Seguro Social
DOMICILIO		calle	Ciudad	Edo.	Código postal
FECHA NAC.		MEDICO DE ATENCION PRIMARIA (en ingles 'PCP')			CIUDADANO NORTEAMERICANO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			Teléfono		casa      trabajo

II. Datos del aval (fiador)					
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSIBLE DE PAGAR LA CUENTA					PARENTESCO
DOMICILIO		calle	Ciudad	Edo.	Código Postal
Teléfono		casa	trabajo		CIUDADANO NORTEAMERICANO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			No. Seguro Social		FECHA NAC.

Favor de marcar esta casilla si aún no ha recibido servicios y solicita de antemano para ver si reúne los requisitos.

¿Ha obtenido anteriormente aprobación para recibir asistencia financiera de parte de otra organización de salud?  SÍ  NO  
 En caso afirmativo, anote el nombre de la organización \_\_\_\_\_

¿Le han remitido (enviado) de parte de un médico o cirujano?  SÍ  NO  
 En caso afirmativo, anote el nombre del médico \_\_\_\_\_

III. Datos de quienes viven en el mismo hogar – anote TODOS, incluso la persona solicitante (de ser necesario, use otra hoja)
---

Favor de listar toda persona que viva en su casa (usted también). Los ingresos (antes de calcular impuestos) incluyen: salario; entradas por pensión alimenticia conyugal así como de hijos; compensación de desempleo; beneficios de Segura Social; ayuda pública o del gobierno; entradas para renta o de coste de vida a cambio de servicios prestados, etc.

NOMBRE DE QUIENES VIVEN EN SU CASA:	EDAD:	PARENTESCO CON EL o LA PACIENTE	FUENTE DE INGRESO o bien, NOMBRE DEL EMPLEADOR:	INGRESO BRUTO: CANTIDAD MENSUAL PREVIO A LA FECHA DEL SERVICIO RECIBIDO	¿TIENE SEGURO? (marque SÍ or NO) Si tiene, anote el seguro (Blue Cross, PHP, etc.):
1.					SÍ – NO. Si tiene, ¿cuál?
2.					SÍ – NO. Si tiene, ¿cuál?
3.					SÍ – NO. Si tiene, ¿cuál?
4.					SÍ – NO. Si tiene, ¿cuál?
5.					SÍ – NO. Si tiene, ¿cuál?
6.					SÍ – NO. Si tiene, ¿cuál?
7.					SÍ – NO. Si tiene, ¿cuál?
8.					SÍ – NO. Si tiene, ¿cuál?
9.					SÍ – NO. Si tiene, ¿cuál?

**IV. Expenses and Assets**

Renta \_\_\_\_\_ Vehículos de recreo: \_\_\_\_\_  
Pago de hipoteca: \_\_\_\_\_ (anexe comprobante) Primas de seguro médico: \_\_\_\_\_  
Saldo de hipoteca: \_\_\_\_\_ (anexe comprobante) Acciones, bonos, cuentas de jubilación, etc.: \_\_\_\_\_  
Gastos por servicios públicos: \_\_\_\_\_ Mensualidad por cuidada de niños: \_\_\_\_\_  
Saldo de cuenta de cheques: \_\_\_\_\_ Bienes raíces aparte de su casa: \_\_\_\_\_  
Saldo de cuenta de ahorros: \_\_\_\_\_ Otros bienes: \_\_\_\_\_  
Pago del automóvil: \_\_\_\_\_  
Modelo (año) y marca de autos: \_\_\_\_\_

¿Es usted estudiante de tiempo completo?: \_\_\_\_\_ Favor de anexar informe de préstamos a estudiantes.

¿Recibe alguna manera de asistencia pública (cupones para alimentos, vivienda HUD, etc.)?: \_\_\_\_\_ De ser así, envíe prueba.

¿Cual fue el total de gastos médicos en los previos 12 meses? (Por favor de proporcionar el comprobante de pago)

\_\_\_\_\_

¿Le están manteniendo sus padres u otra persona?  Sí  NO

En caso afirmativo, favor de proporcionar datos de ingresos y de impuestos de la persona que le está manteniendo.

Si desea escribir una carta para explicar su situación individual, favor de adjuntarla al presente formulario.

**V. Información de requisito - debe incluirse con esta solicitud**

Favor de cerciorarse que ha anexado lo siguiente:

- Copia de la declaración de impuestos del año anterior.  Copia del saldo de los últimos tres meses de estados de estados de cuentas bancarias.  Comprobantes de ingresos y de salaries, o bien, talones de cheques de nómina de todos los ingresos del último año a la fecha.

Si es trabajador autónomo (o sea, independiente [en inglés, 'Self employed']), favor de adjuntar copia de informe de ganancias y pérdidas de los últimos 12 meses así como de la declaración de impuestos del año pasado. Puede ser que se requiera de más información para procesar su solicitud. En dado caso, nos comunicaremos con Ud

**VI. Autorización**

Por medio de la presente certifico y doy fe que la información aquí contenida en el cuestionario financiero es correcta y completa a mi pleno conocimiento. Autorizo por tanto a Inland Northwest Health Services verificar todo y cualquier dato proporcionado con el entendimiento de que además se pudiera efectuar un reporte de crédito como parte del proceso de verificación.

X

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FECHA