

Solicitud de asistencia financiera

Incluya en esta solicitud las copias correspondientes de su declaración federal de impuestos sobre los ingresos más reciente, los comprobantes de pago de los últimos 60 días, la carta de beneficios del seguro social o la carta de beneficios de desempleo.

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de teléfono del hogar	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Otros familiares (cónyuge o dependientes)

Nombre	Fecha de nacimiento

Información del seguro

¿Tiene un seguro para cubrir los gastos médicos? Sí No

Seguro primario		Seguro secundario	
Nombre de la compañía de seguros		Nombre de la compañía de seguros	
Fecha de entrada en vigencia	Número de grupo	Fecha de entrada en vigencia	Número de grupo
Número de póliza		Número de póliza	

Situación laboral

Solicitante (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado-Seguro social <input type="checkbox"/> Jubilado-Pensión <input type="checkbox"/> Asistencia a los ingresos <input type="checkbox"/> Sin ingresos	Otros miembros del hogar (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado-Seguro social <input type="checkbox"/> Jubilado-Pensión <input type="checkbox"/> Asistencia a los ingresos <input type="checkbox"/> Sin ingresos
---	--

Información sobre los ingresos para miembros del hogar

Solicitante		Otros miembros del hogar	
Tipo	Ingreso anual, salario y h/semanal	Tipo	Ingreso anual, salario y h/semanal
Salarios		Salarios	
Desempleo		Desempleo	
Seguro social		Seguro social	
Pensión		Pensión	
Asistencia a los ingresos		Asistencia a los ingresos	
Pensión alimenticia		Pensión alimenticia	
Manutención de menores		Manutención de menores	

Lea y firme; se requiere la firma y la fecha para procesar su solicitud

Certifico que la información que se indica arriba es verdadera y correcta. Comprendo que la información que he proporcionado está sujeta a verificación por parte de Amery Hospital & Clinic, a la revisión de agencias federales y estatales, y disponible para otros programas o fines relacionados. También comprendo que mi solicitud y elegibilidad para recibir asistencia financiera pueden estar sujetas a las pautas específicas de la ubicación en la que recibí mi atención.

Firma	Fecha
-------	-------