



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Contenido del formulario no conservado en el historial médico
Solo para almacenamiento local.

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
MRN Number

Instrucciones: Completar la solicitud y adjuntar copias de:

1. Declaración de impuestos del año actual o anterior (o W-2 si no hay im.
2. Declaraciones de desempleo (si procede)
3. Recibos de nómina (mes más reciente)
4. Seguro social, pensiones, prestaciones de jubilación (si procede)
5. Extractos bancarios (mes más reciente para todas las cuentas)

Si las copias anteriores no están disponibles, proporciona una página separada que describa tu situación financiera actual.

Paciente de la parte responsable que completa esta solicitud

Nombre del paciente (primer segundo apellido)		Fecha de nacimiento (mm-dd-yyyy)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Parte responsable que completa la solicitud (si no el paciente) (primer segundo último)		Relación con el paciente (si no con el paciente)	
Ingresos anuales del hogar (según se declara en la declaración de la renta)		Tamaño del hogar (paciente, cónyuge y dependientes según la declaración de la renta)	
Teléfono	Nombre y número de póliza del seguro médico		
Situación laboral Trabajo ☐ autónomo a tiempo ☐ parcial ☐ a tiempo completo ☐ Estudiante ☐ desempleado ☐ jubilado		Nombre del empleador	
Duración del empleo	Fecha de desempleo/Duración (mm-dd-yyyy)	¿Te reclaman en otra declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ y no (si "Sí", proporciona la declaración de la renta).	

Dependientes (si hay más de 6 dependientes, usar una página separada)

Nombre completo (primer segundo apellido)	Relación	Fecha de nacimiento (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA (continuada)

Nombre del paciente (primer segundo apellido)
Fecha de nacimiento (mm-dd-yyyy)
Número MRN

Cónyuge (Utilizado para identificar todas las cuentas de pacientes elegibles para asistencia financiera)

Estado civil	
Nombre (Primer Segundo Apellido)	Fecha de nacimiento (mm-dd-yyyy)
Situación laboral Trabajo ☐ autónomo a tiempo ☐ parcial ☐ a tiempo completo ☐ Estudiante ☐ desempleado ☐ jubilado	Nombre del empleador
Duración del empleo	Fecha de desempleo/Duración (mm-dd-yyyy)

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA (continuada)

Nombre del paciente (primer segundo apellido)
Fecha de nacimiento (mm-dd-yyyy)
Número MRN

Firmas de certificación

Certifico que toda la información que se menciona es verdadera y correcta, según mi mejor conocimiento. Entiendo que la información se utilizará para determinar mi capacidad de pago por los servicios proporcionados por el Hospital Regional de Llano o una entidad afiliada y doy permiso al Hospital Regional de Llano y a todas las clínicas, hospitales y entidades afiliadas para compartir la información según sea necesario para considerar mi solicitud de ayuda financiera. Por la presente concedo permiso al Hospital Regional de Llano y a todos los afiliados y representantes de agentes para investigar la información aquí contenida.

Firma del paciente o parte responsable ▶	Fecha (mm-dd-yyyy)
Parte responsable Nombre impreso (primer segundo apellido)	