

Solicitud de asistencia económica

El programa de asistencia económica de Henry Mayo Newhall Hospital ofrece ayuda financiera a pacientes que necesitan atención médica y de bajos ingresos, sin seguro o subasegurados, no elegibles para un programa del gobierno o que no pueden pagar, por cualquier otro motivo, la asistencia médica debido a la situación económica particular de su familia. Para determinar si un paciente o garante califica para recibir asistencia económica, necesitamos conocer algunos datos financieros. Su colaboración nos permitirá darle la debida consideración a su solicitud de asistencia económica.

Nombre _____ Número de cuenta _____
 Domicilio _____ Número de teléfono _____
 _____ Número del Seguro Social _____

Fecha de nacimiento ___/___/___ Sexo ___ M=Masculino F=Femenino ¿Tiene casa? Sí () No ()
 Cantidad de dependientes registrados en la declaración de impuestos: _____ ¿Posee otra propiedad? Sí () No ()
 Dependientes: ¿Es propietario de automóviles? Sí () No ()

| <u>Nombre</u> | <u>Relación</u> | <u>Edad</u> | <u>Género</u> |
|---------------|-----------------|-------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|---|--------------|-------------|
| Información bancaria de la familia | Nombre _____ | Saldo _____ |
| Información bancaria comercial | Nombre _____ | Saldo _____ |

| <u>Sueldos/Ingreso</u> | <u>Mensual</u> | <u>Anual</u> |
|--|----------------|--------------|
| Su sueldo | _____ | _____ |
| Sueldo de su cónyuge | _____ | _____ |
| Sueldo de otro miembro de la familia | _____ | _____ |
| Trabajo por cuenta propia | _____ | _____ |
| Asistencia pública | _____ | _____ |
| Seguro social | _____ | _____ |
| Beneficios por desempleo | _____ | _____ |
| Jubilación | _____ | _____ |
| Pensión conyugal/Manutención de menores | _____ | _____ |
| Ayuda para familias de militares | _____ | _____ |
| Pensiones | _____ | _____ |
| Ingreso de alquileres, dividendos, intereses | _____ | _____ |

| <u>Gastos</u> | <u>Mensual</u> | <u>Anual</u> |
|------------------------|----------------|--------------|
| Hipoteca/Alquiler | _____ | _____ |
| Servicios | _____ | _____ |
| Préstamos prendarios | _____ | _____ |
| Facturas hospitalarias | _____ | _____ |
| Teléfono | _____ | _____ |
| Alimentos | _____ | _____ |
| Tarjetas de crédito | _____ | _____ |
| Combustible | _____ | _____ |
| Cuidado de menores | _____ | _____ |
| Tarjetas de crédito | _____ | _____ |
| Otros | _____ | _____ |

Envíe la documentación de respaldo más reciente que se detalla a continuación: Declaraciones de ingresos o formularios W-2, 3 extractos bancarios, 4 recibos de sueldo y comprobantes de gastos.

Mi firma certifica que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en este formulario es fiel y exacta.

| | | |
|-----------------------------|-------|-------|
| Nombre en letra de imprenta | Firma | Fecha |
|-----------------------------|-------|-------|