

Solicitud de Asistencia Cuidado Indigente

Información del Solicitante

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Inicial segundo nombre

Dirección: _____
Calle # Apt./Unidad

Ciudad Edo. Código Postal

Teléfono: () _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Hombre Mujer

Persona sometiendo la solicitud: _____

Relación: _____

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a)

Información del Cónyuge (Si se aplica)

Nombre Completo: _____
Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre

Dirección: _____
Calle # Apt./Unidad

Ciudad Texas Código Postal

Teléfono: () _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Hombre Mujer

Información del Hogar

Yo y/o mi cónyuge recibe asistencia pública: Sí No Tipo: _____

Por favor escriba los nombres de todos los menores de 21 años de edad:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

Información de Ingresos

Actualmente tiene ud. empleo? Sí No Si, cuál es su ingreso mensual? _____

Su cónyuge tiene empleo? Sí No Si, cuál es su ingreso mensual? _____

Por favor marque cualquier otro ingreso que usted reciba.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Pagos de Apoyo |
| <input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos | <input type="checkbox"/> Incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Pensión | <input type="checkbox"/> Renta de Propiedad |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Otro |

Total del Ingreso Adicional Mensual: _____

Información Adicional

Compañía de Seguro Médico: _____ #ID: _____

Nombre del Asegurado: _____ #Grupo: _____

Beneficios para Sala de Emergencias:

Deducible: _____

Coseguro: _____

Información de la Visita

Fecha de Servicio: _____

Razón de su visita: _____

Diagnóstico: _____

Cantidad cubierta por el seguro: _____ Cantidad pagada por el paciente: _____

Por favor provea la siguiente información:

1. Por favor enliste gastos mensuales (renta, hipoteca, utilidades, etc.)

Gasto	Cantidad	Gasto	Cantidad	Gasto	Cantidad

2. Por favor enliste y explique cualquier cuenta médica relevante que actualmente tenga y adjunte copias de la factura

Gasto	Cantidad	Gasto	Cantidad	Gasto	Cantidad

3. Por favor use el espacio a continuación para explicar con más detalle la situación si es necesario.

Entiendo que es posible que The Hospitals of Providence verifique la información financiera contenida en esta solicitud en conexión con la evaluación de esta solicitud, es posible que contacten a mi empleador para certificar la información dada, y puede ser que solicite reportes de las agencias de crédito. Entiendo que esta información será utilizada para determinar si califico para recibir asistencia financiera. Estoy de acuerdo en que The Hospitals of Providence contacte estas fuentes de información para actualizar la información en cualquier momento. Entiendo que la falsificación de información en esta solicitud puede resultar en la negación de asistencia financiera.

Nombre Impreso

Firma

Fecha