



**SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Fecha de solicitud \_\_\_\_\_ N° de cuenta del hospital \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
 Calle y número Ciudad Estado Código postal

N° de teléfono \_\_\_\_\_ Nombre y número de teléfono del empleador \_\_\_\_\_

**Ingresos:** e los ingresos suyos, de su cónyuge y otros familiares a cargo a partir de:

	<b>Total de los últimos 3 meses</b>
Salario .....	\$ _____
Ingresos de trabajo independiente .....	\$ _____
Asistencia Pública.....	\$ _____
Seguro social .....	\$ _____
Desempleo/accidentes laborales.....	\$ _____
Pensión de alimentos .....	\$ _____
Manutención infantil .....	\$ _____
Asignación familiar militar .....	\$ _____
Pensiones .....	\$ _____
Ingresos por dividendos, intereses, alquiler.....	\$ _____

Tiene que enviar un comprobante de sus ingresos/recursos como condición para prestarle Asistencia Financiera (1) declaración de impuestos que incluya el formulario W-2 del año pasado; (2) talones de pago, cheques de Seguro Social, documentos de desempleo o indemnizaciones de los últimos 3 meses consecutivos (3) otros comprobantes que sean necesarios. Comprobante significa copias.

**Tamaño de la familia:** Familiares que viven en su hogar

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Agregue otra hoja si le falta espacio.

Por medio del presente solicito que South Nassau Communities Hospital determine por escrito si cumplo los requisitos para recibir Asistencia Financiera. Comprendo que la información que proporcioné con respecto a mis ingresos anuales y el tamaño de mi familia está sujeta a verificación por parte del hospital y el Asistencia Financiera se ofrece a discreción del hospital. Comprendo también que si la información que proporciono resultara ser falsa, la decisión podría ser negativa y seré responsable del costo de los servicios prestados. Afirmo que, a mi entender, la información proporcionada es verdadera y correcta. Además, por medio del presente autorizo a South Nassau Communities Hospital a verificar cualquier información otorgada anteriormente.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del solicitante \_\_\_\_\_