



## Formulario de solicitud de asistencia financiera

(Formulario debe estar **completamente** lleno y devueltos dentro de los 30 días– **Imprima por favor**)

Hospital de Sturgis     Sturgis Medical Group

Nombre del Apicante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Seguro social #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero     casado     divorciado     viudo     separado (ingreso del cónyuge sigue siendo necesaria)

**Por favor proporcione la siguiente información para todas las personas en su familia inmediata que viven en su hogar. " Familia " se define como el paciente, la esposa e hijos (naturales del paciente o adoptivos) menores de 18 años que viven en el domicilio del paciente.**

**INGRESOS:** incluye salarios brutos (antes de impuestos), ingresos por alquiler, compensación por desempleo, seguro social beneficios, asistencia pública, etc. **por favor, incluya el comprobante de ingresos, tales como talonario decheque, devuelve el impuesto sobre la renta, W-2, Premio cartas, etc.. Su aplicación será negada sin esta información.**

### Información de ingresos

Empleador	Paciente	Esposo
Sueldos brutos		
Niño apoyo/pensión alimenticia recibida		
Pension		
Prestaciones por desempleo		
Beneficios del seguro social		
Ingresos de alquiler recibidos		
Otros ingresos ( <i>por favor especifique</i> )		
<b>INGRESOS TOTALES</b>		



Formulario de solicitud de asistencia financiera (Página 2)

Si usted reportó un ingreso igual a cero "0" por favor explicar cómo básica se proporcionaron las necesidades de alimentos y de vivienda antes de la fecha de servicio: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Saldo de cheques/ahorros \$ \_\_\_\_\_ IRA \$ \_\_\_\_\_  
 Tienes una cuenta de ahorros de salud?  No  Sí \_\_\_\_\_ (Saldo)

Nombre de dependientes	Fecha de nacimiento	Relación
		Esposo
		Niño
		Niño
		Niño
		Niño
		Niño

**Gastos**

	Pagos mensuales	Saldo pendiente de pago
Hipoteca		
La Renta		
Préstamo de auto		
Facturas médicas		
Tarjetas de crédito: Otro: _____		
<b>Utilidades; Gas, petróleo, eléctrico</b>		
Otro ( <i>por favor especificar</i> )		
<b>GASTOS TOTALES</b>		

Antes de que se hará la determinación, podrá solicitarse la siguiente información:

- Declaración desimpuestos del año anterior
- Carta de apoyo
- Corriente de pago Stub(s)
- Seguridad Social Record de ingresos
- Estado de cuenta bancario
- Carta de desempleo



Formulario de solicitud de asistencia financiera (Página 3)

Por mi firma a continuación, certifico que todo lo que he dicho sobre esta aplicación y mis archivos adjuntos es verdadera y está sujeta a verificación.

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

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE:

**Aplicación adoptada por:** \_\_\_\_\_

**Comentarios:** \_\_\_\_\_

**Aprobación:** \_\_\_\_\_ **Fecha :** \_\_\_\_\_

**Negado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_