



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: _____ Código 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 de cheque, 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>)		
INGRESOS TOTALES		



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: _____		
Utilidades; Gas, petróleo, eléctrico		
Otro (<i>por favor especificar</i>)		
GASTOS TOTALES		

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Declaración desimpuestos del año anterior | <input type="checkbox"/> Carta de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Corriente de pago Stub(s) | <input type="checkbox"/> Seguridad Social Record de ingresos |
| <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancario | <input type="checkbox"/> 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:** _____