

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL PACIENTE

Nombre: _____ **4 últimos dígitos del Seguro Social #:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección Actual: _____
NÚMERO & CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Dirección Anterior si ha vivido en:
 Dirección Actual menos de 2 años: _____
NÚMERO & CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

¿Usted renta o tiene casa propia? Propia Alquiler

¿Usted y/o cualquier miembro de la familia inmediata que reside en su casa, se encuentra actualmente empleado? Sí No
 De ser Sí, liste el nombre de la persona empleada y su empleador. Por favor acuérdesese de incluirse a usted mismo.

Nombre _____ Empleador _____

Nombre _____ Empleador _____

Nombre _____ Empleador _____

De ser Sí, ¿hay seguro médico disponible para usted a través de cualquiera de estos empleadores? Sí No

¿Está usted cubierto por el seguro médico de cualquier otra persona? Sí No

Si no trabaja, ¿cuánto tiempo lleva desempleado? _____

Por favor haga una lista de los nombres de las personas que viven en su casa, su parentesco y fechas de nacimiento

Nombre _____ Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____

Por favor adjunte lo siguiente para cada miembro de la familia. Si no, indique la razón:

1. 1 meses de recibos de sueldo:
2. Talones de cheque de compensación por desempleo:
3. Declaración de impuestos sobre ingresos (firmado y año más reciente) incluyendo el comprobante de retención W-2:
4. DPA/MA negación/rechazo: (enlace a la web para el uso de MA: www.compass.state.pa.us)
5. Carta de desembolso de la oficina del Seguridad Social para verificación de ingresos anuales.

Ingreso Bruto Anual del Paciente: \$ _____
Otro Ingreso Familiar: +\$ _____
Ingreso Familiar Total: \$ _____

Reconozco que la información proporcionada es verdadera y correcta. Yo autorizo al Chestnut Hill Hospital para verificar la información contenida en este documento con el único propósito de determinar necesidad financiera.

Entiendo que si mi situación financiera o la disponibilidad de recursos cambian, estoy obligado a notificar al Hospital del cambio con el fin de ser reevaluado para este programa.

 Firma del Paciente _____
 Fecha