



Solicitud de asistencia financiera

Esta solicitud debe completarse en su totalidad antes de que se la considere para la asistencia financiera.
Se puede solicitar una prueba de ingresos con esta solicitud.

Nombre del paciente _____ Edad _____ N.º del Seguro Social _____
Garante (si es otra persona) _____ Edad _____ N.º del Seguro Social _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Mejor número de contacto _____ Número alternativo _____ Correo electrónico _____

Miembros de la familia e ingresos brutos

Nombre (primer nombre y apellido)	Fecha de nac.	Lugar de nac.	N.º del Seguro Social	Relación con el paciente	Tipo de ingreso	Total
						(por mes)
Total de ingresos mensuales						

Bienes y recursos

Categoría	Descripción	Monto total
Cuenta corriente/caja de ahorro/fondo de inversiones	(Nombre del banco)	
	(Nombre del banco)	
Propiedad/Hogar/Caravanas	(Año, marca, modelo, monto adeudado y valor de cada artículo)	
Vehículo 1	(Año, marca, modelo, monto adeudado y valor de cada artículo)	
Vehículo 2	(Año, marca, modelo, monto adeudado y valor de cada artículo)	
Otras fuentes de ingresos	(Seguro Social, cuota alimentaria/manutención, pensión/jubilación)	
	(Padres, amigos, programa/fuente del estado, acciones, bonos, créditos)	

¿Tiene un abogado que lo represente en caso de algún daño relacionado con el servicio prestado? Sí _____ No _____
Si lo tiene, proporcione el nombre del abogado: _____

Certificado de ingresos (obligatorio)

Yo, _____, certifico que mis ingresos familiares del mes pasado fueron de \$ _____ y se pueden verificar poniéndose en contacto con el(los) siguiente(s) empleador(es):

Fuente de ingresos 1 _____ Fecha de inicio _____ N.º de teléfono _____
Fuente de ingresos 2 _____ Fecha de inicio _____ N.º de teléfono _____
Fuente de ingresos 3 _____ Fecha de inicio _____ N.º de teléfono _____

Por la presente autorizo a Health First a verificar la información de esta solicitud de cualquier manera necesaria. Además, entiendo que esto puede significar que se comuniquen con mi banco, mi empleador o que realicen un informe crediticio o una búsqueda de bienes. Entiendo que para ser elegible para este programa debo estar dispuesto(a) a solicitar todos los fondos disponibles para pagar esta factura. También entiendo que Health First puede reevaluar esta solicitud en cualquier momento si lo considera necesario. Además, certifico que la información presente en esta solicitud es verdadera y exacta. Entiendo que brindar información con la intención de cometer fraude a un hospital con el fin de obtener bienes y servicios es un delito de segundo grado. Si ocurre algún cambio con respecto a la información brindada en esta solicitud, me comprometo a notificar a Health First, Inc. de inmediato. Acepto que esta solicitud se anule automáticamente si recibo los beneficios de un seguro contra accidentes o de la propiedad, o un seguro de responsabilidad frente a terceros, y que cualquier beneficio otorgado puede revertirse.

Firma del paciente/garante _____ Fecha _____
Firma del representante autorizado _____ Fecha _____
Firma del testigo _____ Fecha _____

Etiqueta del paciente 0
N.º de cuenta _____

P2P(COLOR)

-----Para uso administrativo exclusivamente-----
Presentado por: _____
Fecha: _____