

Complete este formulario si usted *NO* tiene seguro médico

Solicitud de Asistencia Financiera

Date Received:

Apellido:	Nombre:	MRN:
Domicilio:		New Patient <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Fuentes de Ingresos	Cantidades
Salario y pago (antes de las deducciones)	
Ingreso independiente (por su cuenta)	
Intereses y Dividendos	
Ingresos por bienes raíces	
Beneficios del Seguro Social	
Pensión alimenticia /manutención de los niños	
Desempleo /Incapacidad	
Otros	
Total	\$

Conteste las preguntas para cada miembro de su familia – (Debe poner en la lista a su cónyuge y los niños):

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Nombre:	Apellido:	¿Quiere ser considerado para el programa de tarifa reducida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Es un paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de Seguro Social:
Relación con usted:	Ingreso mensual:	Fuente de Ingreso/Empleador:

Bienes (favor de calcular el valor y la deuda):

Bien	Valor	Deuda (monto que adeuda)
Casa (residencia principal)		
Otros bienes raices		
Vehículos de motor		
Cuentas bancarias e inversiones		
Planes de Jubilación		
Otros		
Total:		

¿Tiene algún gasto inusual, gastos grandes, tales como cuentas médicas, bancarrotas acuerdos o sentencias judiciales? De ser así, explique por favor el gasto y el monto por mes que se le requiere pagar:

Para reunir los requisitos y obtener descuentos en sus tarifas, debe presentar lo siguiente:

- Declaración de impuestos del año más reciente de cada persona que vive en el hogar (debe incluir los formularios W2s)
- Copias de tarjeta de seguro médico de cada persona en el hogar
- Comprobante de domicilio (Identificación gubernamental o una factura que le enviaron por correo a su domicilio)

Si no tiene una declaración de impuestos:

- Dos talones de pago reciente (que incluya el ingreso de seguro social, pensión alimenticia o pagos de manutención de niños) de toda persona que reciba ingreso en el hogar
- Dos estados de cuenta bancarios recientes para todos los que tengan una cuenta bancaria y vivan en el hogar

Doy fe que la información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que debo notificar a St. Jude Neighborhood Health Centers si cambiara el estado de mi seguro médico o ingresos.

Firma

Fecha

Rep: _____

Date Reviewed: _____