

## Anexo A: Solicitud de asistencia financiera

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge (o nombre(s) del padre/la madre/el tutor si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_\_

Empleado

Empleador (nombre, dirección y número de teléfono): \_\_\_\_\_

Desempleado

A. Ingresos: Indique los ingresos para cada una de las siguientes personas de su grupo familiar.

El paciente es menor de edad. La siguiente información sobre ingresos corresponde a los padres o tutores del paciente.

Paciente (o padre/madre) \$ \_\_\_\_\_ hora/semana/mes/año (marque una opción con un círculo)

Cónyuge (o padre/madre) \$ \_\_\_\_\_ hora/semana/mes/año (marque una opción con un círculo)

Ingresos familiares anuales totales \$ \_\_\_\_\_

B. Familiares: Indique la cantidad de personas que integran el grupo familiar del paciente. \_\_\_\_\_  
(incluido el paciente)

C. Verificación de ingresos: Proporcione alguno de los siguientes tipos de documentación para respaldar su elegibilidad:

Formulario W-2 del IRS	Comprobante de cheque de pago	Declaración de impuestos
Verificación del empleador	Resúmenes bancarios	Carta de aviso de ausencia de declaración del IRS
Comprobante de participación en Programas de Asistencia Gubernamental (WIC, estampillas de alimentos, asistencia para vivienda, Medicaid)	Carta de determinación de desempleo, Seguro Social o indemnización por accidentes de trabajo	Documentación médica que indique determinación de necesidad financiera y el descuento proporcionado por el consultorio del médico solicitante

Si no puede proporcionar alguna de las fuentes de documentación sobre ingresos mencionadas anteriormente, explique por qué no dispone de esta información:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D. Otros recursos: Indique el monto total de otros recursos de que dispone, incluidas cosas como cuentas de ahorro, cuentas de cheques, acciones, bonos, etc. \$ \_\_\_\_\_

E. Otras circunstancias atenuantes: Explique otras circunstancias atenuantes.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Entiendo que estoy solicitando asistencia financiera y soy consciente de que la falsificación de información en esta Solicitud podría dar lugar a la denegación de la asistencia financiera. Al firmar a continuación, certifico que toda la información proporcionada es verdadera y real a mi leal saber y entender.*

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado de Eurofins

\_\_\_\_\_  
Fecha