

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre del paciente:			
Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:	
Nombre del cónyuge (o nombre(s) del padre/la madre/el tutor si el paciente es menor de edad):			
Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:	
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono:		Fax:	Correo electrónico:
Empleado: No Sí Si es afirmativo, nombre del empleador:			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono:		Fax:	Correo electrónico:

**INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS**

**Indique los ingresos de cada una de las siguientes personas de su grupo familiar.**

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

Paciente (o padre/madre)	\$	Por:	Hora	Semana	Mes	Año
Cónyuge (o padre/madre)	\$	Por:	Hora	Semana	Mes	Año

**Ingresos familiares anuales totales: \$**

**Indique la cantidad de personas que integran el grupo familiar del paciente (incluido el paciente):**

**Otros recursos:** Indique el monto total de otros recursos disponibles, como cuentas de ahorro, cuentas corrientes, acciones, bonos, etc. \$

Otras circunstancias atenuantes: Explique cualquier otra circunstancia atenuante.

**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

**PACIENTE O RESPONSABLE**

*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:
Firma del empleado: