

**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](http://www.compass.state.pa.us))
5. Carta de desembolso de la oficina del Seguridad Social para verificación de ingresos anuales.

**Otros recursos:** ¿Alguien en su familia cuenta con cualquiera de los siguientes recursos?

- Sí  No **Cuenta de Ahorros.** Saldo actual:
- Sí  No **Cuenta Corriente.** Saldo actual:
- Sí  No **U.S. Bonos de Ahorro.** Valor Nominal:
- Sí  No **Certificado de Depósito.** Valor Nominal:
- Sí  No **Fondo Fiduciario.** Saldo actual:
- Sí  No **Acciones o Bonos.** Valor Actual:
- Sí  No **IRA, KEOGH u Otro Plan de Jubilación.** Saldo actual: \_\_\_\_\_

Ingreso Bruto Anual del Paciente: \$ _____	
Otro Ingreso Familiar: +\$ _____	
<b>Ingreso Familiar Total:</b> \$ _____	

Reconozco que la información proporcionada es verdadera y correcta. Yo autorizo al Phoenixville 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