

Nombre y apellido del paciente:		Número de cuenta del paciente:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono: () -		Últimos 4 del número de seguro social:

INFORMACIÓN DEL HOGAR: Enumere a todas las personas que viven en el hogar, incluyendo:

Usted (si no es paciente), el paciente, el cónyuge (si está casado) y cualquier hijo biológico / legalmente adoptado menor de 18 años.

Nombre y apellido	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Ingresos brutos totales en los 3 meses anteriores a la fecha de solicitud	Ingreso bruto total en los 12 meses anteriores de la fecha de solicitud
	Propio			

Los ingresos incluyen salarios, Seguro Social, desempleo, manutención de los hijos y otras fuentes

Si no tiene ingresos, ¿cómo está satisfaciendo sus necesidades básicas? (por ejemplo, está recibiendo ayuda de familiares, amigos, programas comunitarios u otras fuentes)

¿Tenía seguro médico en la fecha del servicio? ☐ No ☐ Sí (Proporcionar copia de la tarjeta con la solicitud)

¿Alguien en su hogar tiene una cuenta corriente y/o de ahorros? ☐ No ☐ Sí (Cantidad total) _____

¿Alguien en su hogar tiene otros activos/bienes? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, indique el tipo de activo/bienes y su valor estimado. Los pacientes del Programa de Descuento de Tarifa Variable con ingresos iguales o inferiores al 200% del FPG no tienen que responder o no serán evaluados por preguntas de activos/bienes.): _____

Para **los ingresos/activos/bienes** enumerados anteriormente, debe proporcionar lo siguiente para cada miembro del hogar:

- ☐ Empleo = recibos de pago que muestren los ingresos brutos de los 3 o 12 meses anteriores a la fecha de solicitud
- ☐ Trabajo por cuenta propia = Formularios de impuestos completos de la presentación más reciente, incluido el Anexo C
- ☐ Declaración de impuestos más reciente
- ☐ Seguro Social / Pensión / Discapacidad = Carta de beneficios más reciente
- ☐ Otro = Comprobante de cualquier otro ingreso (beneficios de desempleo, dividendos, intereses, ingresos por alquiler, etc.)
- ☐ Cuenta de cheques/ahorros = 3 meses de estado de cuenta bancario completo (todas las páginas) para cada cuenta

Al firmar este documento:

Confirmando que toda la información que proporcioné es verdadera y completa. Entiendo que si se descubre que alguna parte de mi solicitud es falsa, se puede retirar la asistencia financiera y se me puede facturar el monto total. Entiendo que la información que proporciono puede ser verificada por agencias federales o estatales, u otras organizaciones según sea necesario.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____