

Solicitud de ayuda financiera

Nombre del/de la paciente: _____

Dirección del/de la paciente: _____

N.º de teléfono: _____ Fecha de la cirugía: _____

Correo electrónico: _____

Monto total: _____ Descuento: _____

Ayuda solicitada por: _____ Relación con el/la paciente _____

Enumere a cada miembro del hogar del/de la paciente, incluyendo al/a la paciente, como aparecen en la declaración de renta. Usar hojas adicionales si es necesario.

NOMBRE	EDAD	RELACIÓN	INGRESOS BRUTOS MENSUALES	FUENTE DE INGRESOS

LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN SOBRE SUS ACTIVOS, PASIVOS, INGRESOS Y GASTOS:

¿Está empleado/a actualmente? Sí _____ No _____

Proporcione una copia de dos (2) recibos de pago más recientes y una copia de su declaración de renta actual.

¿Es dueño/a de su casa o la alquila? Propia Alquilada Monto mensual del alquiler o la hipoteca: \$ _____

Saldo restante de la hipoteca: \$ _____

¿Es dueño/a de su auto o lo alquila? Propio Alquilado Cuota mensual del auto: \$ _____

Saldo restante del préstamo para el auto: \$ _____

¿Gastos básicos mensuales? Menos de \$500 dólares Entre \$500 y \$1000 dólares Entre \$1000 y \$2000 dólares Más de \$2000 dólares

Ingresos totales de la familia en los últimos tres (3) meses \$ _____

Saldo de la cuenta corriente \$ _____ Saldo de la cuenta de ahorros \$ _____

Inversiones no relacionadas con jubilación \$ _____ Saldo de ahorros de jubilación \$ _____

MARQUE SI RECIBE O CUENTA CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES FUENTES ADICIONALES DE RECURSOS: Seguro comercial Servicios para veteranos Champus/Tricare Medicare Medicaid SNAP Cupones para alimentos TANF COBRA Otra, especifique: _____

¿Este servicio se debió a un accidente para el cual pudiera tener un reclamo o estar representado/a por un abogado? _____

Si es así, ¿nombre e información de contacto del abogado? _____

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Autorizo al centro de cirugía Lake Ridge a comprobar esta información con los empleadores y otras agencias. También entiendo que agencias federales o estatales son susceptibles de revisar esta información. Entiendo además que se espera que yo solicite cualquier otra ayuda que pueda estar a mi disponibilidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Place
Stamp
Here

**Apreciado paciente del centro de
cirugía Lake Ridge,**

**Como proveedores de atención
médica, nos interesa el bienestar de
nuestros
pacientes desde el momento en
que llegan al centro hasta que se
les da de alta y reciben la factura.**

**Entendemos que los gastos de
atención médica a menudo son
imprevistos y que puede parecer
abrumador cumplir con una
obligación financiera. Esto es
especialmente cierto si no tiene
cobertura de seguro médico.**

**Si cree que podría reunir los
requisitos de ayuda financiera o de
atención médica a precio reducido
en base a sus ingresos, ayúdenos a
evaluar su elegibilidad para recibir
ayuda llenando este formulario y
devolviéndonoslo.**

También nos puede llamar al (703)

