

Willis-Knighton Health System
Solicitud de asistencia financiera para gastos de hospitalización

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) Número de cuenta

Dirección del paciente Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento (mes/día/año) Número de teléfono Estado civil: Casado Soltero Viudo
(rodee uno con un círculo) Separado Divorciado

A. Ingresos: Provea el ingreso mensual bruto para cada una de las siguientes personas en su hogar.

Si el paciente es menor de edad, proporcione el ingreso mensual bruto para:

Padre del paciente \$ _____ Fuente _____

Madre del paciente \$ _____ Fuente _____

Si el paciente es mayor de 18 años, proporcione el ingreso mensual bruto para:

Paciente \$ _____ Fuente _____

Cónyuge \$ _____ Fuente _____

B. Verificación de ingresos: Proporcione verificación (solo envíe copias, no documentos originales) de todas las fuentes de ingresos del hogar (la documentación aceptable se enumera a continuación):

- Declaración de impuestos más reciente
- Talones de cheques de pago
- Verificación del empleador
- Carta de Determinación del Seguro Social
- Carta de Determinación de Desempleo
- Carta de Determinación de Compensación al Trabajador
- Estados de cuenta bancarios
- Otro (describa) _____

C. Tamaño de la familia: Indique el número total de personas en el hogar del paciente. _____

(Este número debe incluir solo a las personas que pueden ser declaradas exentas en su declaración de impuestos).

D. Activos y otros recursos: Enumere los activos u otros recursos disponibles para usted. (Los ejemplos incluyen cuentas de ahorro, fideicomisos, acciones, bonos, cuentas de jubilación, fondos mutuos, etc.)

Tipo de cuenta	Monto
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Firma del paciente o de la persona
responsable** _____