

Willis Knighton Health
Solicitud de asistencia financiera para gastos de hospitalización

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			Número de cuenta
<hr/>			
Dirección del paciente	Ciudad	Estado	Código postal
<hr/>			
		Estado civil:	Casado Soltero Viudo
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Número de teléfono	(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**_____