

Solicitud de asistencia financiera: Centro de salud rural

Si necesita ayuda, llame al 970.507.3939 o 907.507.3942?

Nombre del paciente: _____ N.H.C. _____ Fecha _____

Para que se pueda dar trámite a la solicitud de asistencia financiera, la solicitud DEBE acompañarse de la información siguiente. Si no puede facilitar los datos siguientes, por favor explique: (Certifico que la información facilitada es verdadera y completa)

- Talones de pago más recientes o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) pagado por la seguridad social.
- Estados más recientes de la cuenta corriente.
- Formularios del impuesto federal sobre la renta más recientes inclusive los apéndices C, D, E y F.
- Declaración W2 más reciente o 1099.

Nombre del responsable : _____ Relación con el paciente _____ N.º S.S. _____
(Jefe o jefa de familia)

Nombre del cónyuge si está casado/a _____ N.º S.S. _____ Tel. _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

¿Cuántas personas a su cargo viven en el hogar? _____ Indique el total de familiares en el hogar _____

Indique los ingresos mensuales:

Empleo _____ SSI _____ Pensión alimenticia/manutención de menores _____ Jubilación _____

Asistencia pública _____ Ingreso por alquileres _____

Certifico que la información facilitada es verdadera y completa.

Firma del solicitante: _____ Fecha _____

Para uso exclusivo de Pagosa Springs Medical Center

Totales de ajuste: _____ Alias de ajuste _____ Categoría de asistencia financiera _____

Aprobaciones:

Gerente _____ Fecha _____

Director _____ Fecha _____

CFO _____ Fecha _____

El porcentaje de las pautas del Índice Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) es _____

Aprobada si es inferior a _____ de las pautas del FPL.

Reviewed / Revised 11/16/2020