

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Este formulario está disponible en español a petición

Según lo previsto en la ley federal, por la presente solicito al Regional Medical Center (RMC) que haga una determinación por escrito de mi elegibilidad para los servicios no compensados en RMC. Entiendo que la información, que presento en relación con mis ingresos anuales y el tamaño de la familia, está sujeta a verificación por parte de RMC, y autorizo la liberación de la información que soliciten. También entiendo que si la información que presento se determina que es falsa, dicha determinación resultará en una negación de la prestación de los servicios como servicios no compensados, y que seré responsable de los cargos por los servicios prestados.

Completar esta solicitud y enviar a RMC con lo siguiente

- Copia de la página de su declaración de impuestos del año pasado que muestra el "ingreso bruto ajustado" "
- Copia de los talones de cheques de los últimos tres meses
- Copias de las facturas médicas sin pagar o pagadas recientemente en otras instalaciones



Fecha de solicitud	/	/
--------------------	---	---

Solicitante				
Nombre				
Fecha nacimiento				
Dirección actual				
Ciudad		Calle		C. Postal
Tel. casa				
Tel. celular				
Estado civil	Casado	Separado	Soltero	
Empleador				

Cónyuge o pareja (viviendo en el mismo hogar)				
Nombre				
Fecha nacimiento				
Dirección actual				
Ciudad		Calle		C.Postal
Tel. casa				
Tel. celular				
Estado civil	Casado	Separado	Soltero	
Si no están casados, ¿la pareja comparte los gastos? S N				
Empleador				

Número de Dependientes	
Listar dependientes menores de 18 años	

Nombre	Fecha nacimiento	Relación

Nombre	Fecha nacimiento	Relación

Verificación de ingreso: si trabaja fuera del hogar, proporcionar comprobante de ingreso de los últimos tres meses

Otra fuente de ingreso	Sí No	Cantidad	¿Con qué frecuencia se recibe el ingreso?	Nombre o nombres de persona(s) recibiéndolo
AFDC Ayuda para niños dependientes	Sí No	\$		
Compensación Laboral	Sí No	\$		
Seguro Social (SS)	Sí No	\$		
Beneficios de Veteranos	Sí No	\$		
Manutención Infantil	Sí No	\$		
Pensión Alimenticia	Sí No	\$		
Pagos de Seguro de Discapacidad	Sí No	\$		
Dinero de intereses, dividendos	Sí No	\$		
Desempleo	Sí No	\$		
Ingreso de Plan de Retiro	Sí No	\$		
Cuentas de Seguro de Salud	Sí No	\$		
Ingreso de alquileres	Sí No	\$		
Otro (explicar)	Sí No	\$		

Se presentó declaración de impuestos el año pasado	Sí No
---	-------

¿Ha solicitado Asistencia Financiera de RMC en los últimos 12 meses?			
Sí No	Si Sí, fecha aproximada de solicitud	/	/
Los balances de solicitudes anteriores no serán ajustados			



Por la presente reconozco que la información anterior, dada a RMC es verdadera y correcta; y por la presente autorizo a RMC o su agente a verificar cualquier información en este formulario.

Firma del solicitante

Fecha