

SULLIVAN COUNTY MEMORIAL HOSPITAL

Solicitud de Ayuda Económica

Número de Cuenta(s): _____

Persona Responsable o Garante

_____-_____-_____
Número de Seguro Social

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento: Mes Día Año

Domicilio

Ciudad

Estado

Código Postal

() _____
Número de teléfono de casa

() _____
Número de teléfono celular

() _____
Número de teléfono del trabajo/Otro número

Nombre del paciente

_____-_____-_____
Número del seguro social (opcional)

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento: Mes Día Año

Parentesco del paciente con el solicitante: Yo mismo Esposo/Pareja Padre/Tutor Legal Hijo

Otro (Por favor especifique): _____

Número total de residentes en el hogar: Enumere a todas las personas que viven en la casa del solicitante y de los cuales es responsable económicamente. Marque la casilla correspondiente para especificar el parentesco:

Parentesco

Nombre	Edad	Esposo/Pareja	Padre	Hijo	Otro
1. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. _____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha sido usted residente del condado de Sullivan durante el último año? Sí No

Total de Ingresos brutos mensuales en los últimos 30 días:

Fuentes de Ingresos	Solicitante/ Paciente	Esposa/Pareja Residente
Salarios	\$ _____	\$ _____
Pagos del Seguro Social	\$ _____	\$ _____
Beneficios por desempleo	\$ _____	\$ _____
Pagos por discapacidad	\$ _____	\$ _____
Indemnización por accidentes laborales	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia /Manutención de menores	\$ _____	\$ _____
Dividendos, Intereses, Rentas	\$ _____	\$ _____
Cupones de alimentos, Asistencia gubernamental	\$ _____	\$ _____
Otras fuentes de ingreso	\$ _____	\$ _____

Devuelva la solicitud completada con su declaración de impuestos del año anterior, estados de cuentas bancarias de los últimos dos meses y los dos últimos talones de pago. Si existen circunstancias especiales que usted desee que se tomen en cuenta, por favor de incluya una carta explicando dicha situación.

Por medio de mi firma, certifico que la información conjunto con la documentación presentada, es una declaración completa y precisa de mi situación actual económica y doy permiso para verificar dicha información. Si no cumplierse con el pago de cualquier balance reducido o ajustado quedaría sujeto a las prácticas normales de facturación y cobranzas de Sullivan County Memorial Hospital

Firma del paciente/ Solicitante: _____ Fecha: _____