

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

FECHA DE SOLICITUD: _____

NOMBRE: _____
Apellido Primero Segundo

DIRECCIÓN: _____
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____(dd/mm/aaaa)

HE VIVIDO EN ESTA DIRECCIÓN DESDE: _____
Fecha

NÚMERO DE TELÉFONO: () _____

OCUPACIÓN: _____

EMPLEADOR: _____

FECHA DE SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA: _____

FECHA DE RECHAZO DE ASISTENCIA MÉDICA: _____
(Por favor incluya una copia del aviso de determinación)

INGRESOS: Enumere los ingresos de las siguientes fuentes:

<u>Total de los últimos 3 meses</u>	<u>Total de los últimos 12 meses</u>
Sueldos _____	_____
Seguro Social _____	_____
Agricultura _____ o trabajo por cuenta propia	_____
Asistencia Pública _____	_____
Compensación por trabajadores _____	_____
Beneficios por huelga _____	_____
Manutención del cónyuge _____	_____
Manutención de los hijos _____	_____
Asignaciones familiares militares _____	_____
Pensiones _____	_____
Ingresos por dividendos o intereses _____	_____
Ingresos por alquiler _____	_____

	Total de los últimos 3 meses	Total de los últimos 12 meses
CD'S	_____	_____
Cuentas Bancarias Corriente y Ahorros	_____	_____
Acciones y Bonos Costo Valor de mercado actual	_____	_____
Vivienda Propietario o Inquilino Si es propietario, valor estimado	_____	_____
Automóvil - Año, Marca y Valor Estimado	_____	_____

NOTA: Por favor incluya copias de sus declaraciones de impuestos sobre ingresos federales y estatales más recientes junto con los horarios de apoyo. Si no presenta una declaración de impuestos sobre ingresos, por favor explique a continuación.

MIEMBROS DEL HOGAR: Familias con más de 5 miembros anexar una hoja adicional.

	Nombre	Edad	Número de Seguro Social
1. (YO)	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

FECHA FIRMA DEVOLVER SOLICITUD A: Wayne Memorial Hospital
Atención: Gerente de Cuentas de Pacientes
601 Park Street
Honesdale, PA 1843