



### Programa de asistencia financiera

#### INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 FIESTA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
 OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
 SERVICIOS Y/O PROCEDIMIENTOS ANTICIPADOS A TRAVÉS DE ONEIDA HEALTH: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DEL HOGAR / INGRESOS

\*TENGA EN CUENTA QUE LA SOLICITUD NO SERÁ PROCESADA HASTA QUE SE RECIBAN PRUEBAS DE INGRESOS. TODOS LOS DESCUENTOS SON CALCULADOS POR INGRESO BRUTO (ANTES DE DEDUCCIONES Y/O IMPUESTOS).\*

PRUEBA DE INGRESO PUEDE SER: TALONES DE PAGO DE 2 MESES, DECLARACIONES DE BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL, CARTA DE DETERMINACIÓN DE PENSIÓN, DESEMPLEO, INCAPACIDAD, DECLARACIONES DE IMPUESTOS.

LISTA DE INGRESOS FAMILIARES	TOTAL DEL ÚLTIMO MES			
	PACIENTE	PAREJA	PADRE / TUTOR (SI ES APLICABLE)	TOTAL
SALARIOS DEL TRABAJO				
SEGURIDAD SOCIAL				
PENSIÓN				
DESEMPLEO / DISCAPACIDAD				
TODOS LOS OTROS INGRESOS				

ENUMERE A TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR E INCLUYA A LOS NIÑOS DEPENDIENTES:

NOMBRE	RELACIÓN

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y PRECISA SEGÚN LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. ADEMÁS, SOLICITARÉ CUALQUIER ASISTENCIA (MEDICAID, MEDICARE, SEGURO, ETC.) QUE PUEDA ESTAR DISPONIBLE PARA EL PAGO DE MI CARGO DEL HOSPITAL, Y TOMARÉ CUALQUIER ACCIÓN RAZONABLEMENTE NECESARIA PARA OBTENER DICHA ASISTENCIA Y ASIGNARÉ O PAGARÉ AL HOSPITAL LA CANTIDAD RECUPERADA POR CARGOS DE HOSPITAL. SI CUALQUIER INFORMACIÓN QUE HE DADO ES FALSA, ENTIENDO QUE EL HOSPITAL PUEDE EVALUAR MI ESTADO FINANCIERO Y TOMAR LAS MEDIDAS QUE SEA APROPIADAS.

fecha: \_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_