

SKY LAKES MEDICAL CENTER APLICACIÓN PARA AYUDA FINANCIERA

Por favor complete de la mejor manera las siguientes preguntas. Toda información se mantendrá confidencial. Si tiene alguna pregunta, por favor llame 541.274.6699, Lunes a Viernes, de 8:00 AM a 4:30 PM.

Fecha	Nombre del Paciente	Apellido	Nombre	Número de Seguro Social
-------	---------------------	----------	--------	-------------------------

Fecha de Nacimiento	Número de Cuenta del Paciente	Estado Civil	Ciudadano de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---------------------	-------------------------------	--------------	--

Persona Responsable del pago y parentesco con el paciente	Dirección	Número de Teléfono Casa Trabajo
---	-----------	---

	Número de Teléfono Casa Trabajo
--	---

Nombre de las personas en la familia que trabajan tiempo completo o medio tiempo	Parentesco	Número de Seguro Social
--	------------	-------------------------

Número de personas en la familia	Edades de los niños / niñas en la familia
----------------------------------	---

INGRESOS DE LA FAMILIA **Por favor proporcione la siguiente información de cada persona**

Adjunte verificación de todos los tipos de ingresos	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Ingresos mensuales en bruto			
Beneficios de desempleo			
Seguro Social, Pensión			
Cuenta de valores, IRAs y inversione ingresos			
Ayuda del Gobierno, ingresos de incapacidad			

POR FAVOR ADJUNTE COPIAS DE:

- Verificación de ingresos de los 3 últimos meses de cada persona (en talones de cheques)
- Registro de pagos de la oficina de empleo, si no tiene ingresos
- Declaración de Impuestos (taxes) de los 2 últimos años

Business Office Use Only

Date Rec'd _____ Verified _____

Approved

Denied

Notified

La aplicación anterior es verdadera de acuerdo a mi conocimiento. Si el hospital solicita verificación de la información, yo autorizo a las personas contactadas por el hospital a que proporcionen la verificación requerida.

Fecha: _____ Firma del Solicitante: _____