

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 (Opcional)
Fecha de Nacimiento	Número de Cuenta del Paciente	Estado Civil (Opcional)		
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 (Opcional)	
_____		_____	_____	
_____		_____	_____	
_____		_____	_____	
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	_____	_____	_____
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: _____