



Solicitud de servicios gratuitos y de costo reducido

Paciente: _____

Fechas de servicio: _____

Nombre del solicitante: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Escriba los nombres de los miembros del grupo familiar y una constancia de ingresos. Si es desempleado y no tiene ingresos, ponga cero ingresos. La constancia de ingresos puede ser el talón de cheque más reciente, una carta de su empleador o una declaración de impuestos.

Nombre de la persona en la vivienda	Fecha de nacimiento	Parentesco	Ingresos sem/mes/año	Ingresos sem/mes/año	Ingresos sem/mes/año	Total de ingresos
1						
2						
3						
4						

Si los ingresos de cualquier miembro provienen del empleo por cuenta propia, puede dar información sobre los costos comerciales para determinar los ingresos reales que debemos contabilizar. Puede incluir detalles o comentarios adicionales detrás de esta solicitud.

No debe reportar los ingresos de una persona del grupo familiar que no sea legalmente responsable de las cuentas médicas del paciente y que no sea parte de la familia. Por ejemplo, si vive con un hermano o hermana, esa persona no es responsable de pagarle sus cuentas médicas y no se tendrá en cuenta.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

PARA USO DEL PERSONAL DEL HOSPITAL

Número de integrantes del grupo familiar: ____ Ingreso contable total: _____
(Ingreso mensual promedio del último año o de los últimos 3 meses, el que sea más favorable)

Verificación de los ingresos (si es necesario) Sí _____ No _____

Determinación: Elegible para servicios gratuitos: _____ Condicional: _____ Pendiente: _____

Elegible para servicios con descuento: _____% _____ Condicional: _____ Pendiente: _____

Inelegible: _____ Motivo: _____

Fecha de envío del aviso: _____ Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Reconsideración:

Resultado: _____ Fecha: _____

Solicitud de servicios gratuitos y de costo reducido