

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

Información de Paciente*:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____
Numero de Seguro Social: _____

Información de esposo(a) **:

Nombre: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____

Estado civil (circule uno): Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Empleador: _____
Dirección de empleador: _____
Teléfono de empleador: _____

Empleador: _____
Dirección de empleador: _____
Teléfono de empleador: _____

Información de familia:

Lista las personas que viven con usted que usted reclama como dependientes en su declaración de impuestos sobre ingresos federales:

Nombre:	Edad:	Relación a usted:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

Información de ingresos:

Ingreso mensual bruto del paciente: _____ Ingreso mensual bruto del esposo(a): _____
Otro tipo de ingreso: _____ Pensión alimenticia / Soporte de pagos: _____

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo para permitir que NorthBay Healthcare para comprobar mi trabajo y de mi esposo y mi reporte de crédito para determinar mi elegibilidad para Asistencia Financiera. Entiendo que puedo ser requerido a proporcionar la prueba de la información solicitada.

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

Firma del esposo(a)

Fecha

Devuelva este formulario completo a la mesa de registro o por correo a NorthBay Healthcare, Patient Financial Services, 1200 B. Gale Wilson Blvd., Fairfield, CA 94533.

Por favor vea el reverso de una explicación de los derechos y responsabilidades del paciente.

* Este documento debe ser completado por los representantes legales del paciente si el paciente es un menor de edad.

** "Esposo(a)" incluye un paciente o tutor legal del registrado pareja de hecho.