

Solicitud de asistencia económica

El programa de asistencia económica de Antelope Valley Medical Center ofrece ayuda financiera a pacientes que necesitan atención médica y de bajos ingresos, sin seguro o subasegurados, no elegibles para un programa del gobierno o que no pueden pagar, por cualquier otro motivo, la asistencia médica debido a la situación económica particular de su familia. Para determinar si un paciente o garante califica para recibir asistencia económica, necesitamos conocer algunos datos financieros. Su colaboración nos permitirá darle la debida consideración a su solicitud de asistencia económica.

Nombre _____ Número de cuenta _____
 Domicilio _____ Número de teléfono _____
 Número del Seguro Social _____

Fecha de nacimiento ___/___/___ Sexo ___ M=Masculino F=Femenino ¿Eres dueño de tu casa? Sí () No ()
 Cantidad de dependientes registrados en la declaración de impuestos: _____ ¿Posee otra propiedad? Sí () No ()
 Dependientes: ¿Es propietario de automóviles? Sí () No ()

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Edad</u>	<u>Género</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Información bancaria de la familia Nombre _____ Saldo _____

Información bancaria comercial Nombre _____ Saldo _____

<u>Sueldos/Ingreso</u>	<u>Mensual</u>	<u>Anual</u>
Su sueldo	_____	_____
Sueldo de su cónyuge	_____	_____
Sueldo de otro miembro de la familia	_____	_____
Seguro social	_____	_____
Beneficios por desempleo	_____	_____
Jubilación	_____	_____
Pensión conyugal/Manutención de menores	_____	_____
Ayuda para familias de militares	_____	_____
Beneficios por discapacidad	_____	_____
Ingreso de alquileres, dividendos, intereses	_____	_____

<u>Gastos</u>	<u>Mensual</u>	<u>Anual</u>
Hipoteca/Alquiler	_____	_____
Servicios	_____	_____
Préstamo prendarios	_____	_____
Facturas hospitalarias	_____	_____
Telefono	_____	_____
Alimentos	_____	_____
Tarjetas de credito	_____	_____
Combustible	_____	_____
Cuidado de menores	_____	_____
Otros	_____	_____

Envíe la documentación de respaldo más reciente que se detalla a continuación: Declaraciones de ingresos y formularios W-2, 3 extractos bancarios, 4 recibos de sueldo y comprobantes de gastos.

Mi firma certifica que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en este formulario es fiel y exacta.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha