

Solicitud de asistencia financiera

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA _____

Nombre: _____ Número de cuenta: _____

Dirección: _____

Teléfono: () _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F M Estado civil: _____ Núm. de dependientes: _____

Nombre del empleador: _____ Dirección del empleador: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/PADRE

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: () _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F M Estado civil: _____ Núm. de dependientes: _____

Nombre del empleador: _____ Dirección del empleador: _____

INFORMACIÓN CREDITICIA DEL AVAL

Nombre del banco: _____ Saldo en la cuenta de cheques: _____

Saldo en la cuenta de ahorros: _____

Ingreso anual: Aval _____ Cónyuge _____

Fuente de ingresos: cheque, Seguro Social, etc.

Aval: _____ Cónyuge: _____

Le agradecemos tome en cuenta que debe incluir una copia de su declaración de impuestos más reciente.

NO SE PODRÁ DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD A MENOS QUE SE OBTENGA TODA LA INFORMACIÓN.

Certifico que la información anterior es verídica y correcta. Acuerdo solicitar asistencia financiera que pueda estar disponible para pagar cargos de hospital. Acuerdo asignar o pagar al hospital cualquier monto recuperado por estos servicios.

Comprendo que la información aquí descrita se proporciona para que el hospital determine la elegibilidad. Le otorgo permiso a Baton Rouge General permiso para verificar toda mi información y asistiré proporcionando información de nómina, de declaración de impuestos y otra información necesaria. Comprendo que, si un porcentaje de esta factura debo pagarla en efectivo y falló en dicho pago, el monto total de la factura queda en adeudo y vence de inmediato.

Firma del paciente (Padre o tutor del menor)

Fecha de la firma: _____

Autorizado por: _____

Fecha de la firma: _____

Para completarse por el PFS en el Baton Rouge General.

Solicitud completa Información de chequera Declaración de impuestos

Aprobado Monto aprobado por ajustes de caridad: _____

Rechazado Razones del rechazo: _____