

## 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: \_\_\_\_\_