



## Solicitud de asistencia financiera

Nombre:		Número de cuenta:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		*SSN (últimos 4 dígitos):

**INFORMACIÓN DEL HOGAR:** Enumere todos los miembros del hogar, incluidos el paciente, el cónyuge y cualquier hijo biológico/legalmente adoptado menor de 18 años

Nombre y apellido	Relación con el paciente	Edad/Fecha de nacimiento	Ingresos brutos totales en los 3 meses previos a la fecha del servicio	Ingresos brutos totales en los 12 meses previos a la fecha del servicio
	Usted mismo			

Si no tiene ingresos, ¿cómo se mantiene?

\*¿Tenía seguro médico en la fecha del servicio? ☐ No ☐ Sí (proporcione una copia de la tarjeta con la solicitud)

\*¿Alguien en su hogar tiene una cuenta corriente o de ahorros? ☐ No ☐ Sí (Valor \_\_\_\_\_)

\*¿Alguien en su hogar tiene otros activos? ☐ No ☐ Sí (Tipo/valor: \_\_\_\_\_)

Para los **ingresos/\*activos** enumerados anteriormente, debe proporcionar lo siguiente para cada miembro del hogar:

- ☐ Empleo: talones de pago que muestren los ingresos brutos durante 3 o 12 meses antes de la fecha de autoservicio
- ☐ Empleo independiente: formularios de impuestos completos de la presentación más reciente, incluido el Anexo C
- ☐ Seguro Social/pensión/discapacidad: carta de beneficios más reciente
- ☐ Otro: prueba de cualquier otro ingreso (beneficios de desempleo, dividendos, intereses, ingresos de alquiler, etc.)
- ☐ \*Cuenta corriente/de ahorros: estado de cuenta actual de 30 días para cada cuenta

Al firmar este documento:

Afirmo que todas las respuestas de esta solicitud son verdaderas. En caso de que una revisión posterior revele que cualquier información proporcionada fue fraudulenta, la decisión de proporcionar asistencia financiera puede revertirse y se le facturará a la parte responsable.

Comprendo que la información que envió está sujeta a la verificación y revisión por parte de organismos federales y/o estatales y otros, según sea necesario.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Representante Autorizado \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Summit Health  
Dept 880288  
PO BOX 29650  
Phoenix, AZ 85038-9650