

Por favor proporcione documentación de todos los ingresos en la lista.

Tipo de ingresos	Miembros de la familia que reciben beneficios	Cantidad	Que tan seguido lo recibe (marque uno)		
Seguro social		\$	Semanal	Mensual	Anual
Desempleo		\$	Semanal	Mensual	Anual
Pensión		\$	Semanal	Mensual	Anual
Fondos de discapacidad		\$	Semanal	Mensual	Anual
Beneficios de veterano		\$	Semanal	Mensual	Anual
Pensión alimenticia		\$	Semanal	Mensual	Anual
Ingresos conyugal/Alimony		\$	Semanal	Mensual	Anual
Ingresos de renta neto					
Ingresos de trabajador independiente		\$	Semanal	Mensual	Anual
Ingresos por fideicomiso		\$	Semanal	Mensual	Anual
Propinas		\$	Semanal	Mensual	Anual
Anualidad/renta		\$	Semanal	Mensual	Anual
Plusvalia		\$	Semanal	Mensual	Anual
Intereses dividendos, otros ingresos por inversiones		\$	Semanal	Mensual	Anual
Ingreso neto por regalías		\$	Semanal	Mensual	Anual
Ingreso neto agrícola/pesca		\$	Semanal	Mensual	Anual
Pago de jubilación militar imponible (no cancelado a través de la oficina de veteranos (VA))		\$	Semanal	Mensual	Anual
Compensación de trabajo		\$	Semanal	Mensual	Anual
Otros ingresos imponibles		\$	Semanal	Mensual	Anual

5. COMENTARIOS/DECLARACION JURADA DE RESPALDO FINANCIERO

Use esta sección para información adicional su declaración de respaldo económico.

Si usted informó \$0 ingresos, por favor escriba una breve explicación de como usted (o el paciente) están logrando solventar las necesidades básicas diarias:

6. INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Por favor proporcione información sobre cobertura de seguro médico

¿Usted tenía seguro médico al momento del servicio? Si lo tenía, por favor entregue información de su seguro y una copia de la tarjeta de seguro. Si No

Nombre de la compañía de seguros	Número de ID	Nombre del Suscriptor	Fecha de vigencia
----------------------------------	--------------	-----------------------	-------------------

Al firmar abajo, yo certifico que todo lo que he expresado en esta solicitud y en cualquier documento adjunto es verdadero dentro de mi mejor entendimiento.

Estoy de acuerdo en entregar documentos adicionales de ser solicitados para determinar mi elegibilidad.

Estoy consciente que la falsificación de cualquier información entregada puede resultar en la negación de ayuda financiera

Estoy de acuerdo en informar al hospital de cualquier cambio en mis ingresos, de mi familia, número de personas en la familia, cobertura del seguro médico, u otra información que pueda cambiar mi elegibilidad para ayuda financiera.

Firma del postulante/garante: X _____ Fecha: _____

Firma del Representante Autorizado: X _____ Fecha: _____