

4. Otros ingresos

Proporcione documentación de todos los ingresos indicados.

Tipo de ingreso	Miembro de familia que recibe el beneficio	Cantidad	¿Con qué frecuencia lo recibe? (encierre en círculo)
Seguro Social		\$	Cada semana, mes o año
Desempleo		\$	Cada semana, mes o año
Pensión		\$	Cada semana, mes o año
Fondos por discapacidad		\$	Cada semana, mes o año
Beneficios de veterano		\$	Cada semana, mes o año
Manutención infantil		\$	Cada semana, mes o año
Pensión alimenticia		\$	Cada semana, mes o año
Compensación al trabajador		\$	Cada semana, mes o año
Ingresos netos por alquiler		\$	Cada semana, mes o año
Ingresos de empleo por cuenta propia		\$	Cada semana, mes o año
Ingresos por fideicomiso		\$	Cada semana, mes o año
Otro		\$	Cada semana, mes o año

5. Comentarios/Declaración jurada de apoyo económico

Utilice esta sección para proporcionar información adicional o su declaración jurada de apoyo económico.

Si informó un ingreso de \$0, proporcione una breve explicación de cómo usted (o el paciente) pagan sus necesidades básicas:

6. Información sobre el seguro médico

Proporcione información sobre la Cobertura del seguro médico.

¿Tenía seguro médico cuando recibió su servicio? No Sí

Si su respuesta es sí, proporcione información de su seguro y una copia de su tarjeta del seguro:

Nombre de la aseguradora	N.º de identificación	Nombre del suscriptor	Fecha de vigencia
--------------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------

Al firmar a continuación, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en los adjuntos es verdadero y correcto hasta donde tengo conocimiento.Acepto proporcionar documentación adicional cuando me la soliciten para determinar mi elegibilidad.
Sé que la falsificación de cualquier información puede provocar la denegación de la asistencia financiera.

Acepto indicar al hospital sobre cualquier cambio en mis ingresos, tamaño de familia, cobertura del seguro médico u otra información que pueda cambiar mi elegibilidad para recibir la asistencia financiera.

Firma del solicitante/responsable

Nombre en letra de molde

Fecha

Hora

Firma del representante autorizado

Nombre en letra de molde

Fecha

Hora