



Por favor lea cuidadosamente

Debe proporcionar: El formulario 1040 de la declaración de impuestos federales del año actual o la carta de verificación de la no presentación del Departamento de Rentas Internas (IRS por sus siglas en inglés)

Y todo lo que aplique: _____ Talones de cheque de los últimos 3 meses del calendario de usted mismo y su cónyuge/compañero(a) doméstico(a)

____ Una carta de otorgamiento de los Ingresos de Seguridad Suplementarios/Discapacidades del Seguro Social del año actual (SSA/SSI/SSD por sus siglas en inglés)

____ Una carta de otorgamiento de la Administración de Veteranos _____ Pensión _____ Anualidades

Solicitud para asistencia financiera para pacientes

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
¿Ha solicitado ya el Plan de Salud de Oregón (Medicaid)? Sí _____ ¿Cuándo? _____ No _____
¿Es usted parte de un programa de seguro médico con cooperativa y gastos compartidos? Sí _____ No _____

Persona responsable

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ N° de teléfono _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Empleador: _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ Ingreso mensual bruto \$ _____
Otras fuentes de ingresos _____ Cantidad mensual \$ _____

Cónyuge/compañero(a) doméstico(a)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ N° de teléfono _____
Empleador: _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ Ingreso mensual bruto \$ _____
Otras fuentes de ingreso _____ Cantidad mensual \$ _____

Niños

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____

Gastos médicos (excepto primas de seguros) * podemos pedir prueba de estas cantidades *
Cantidad de pago médico mensual \$ _____ Cantidad de copago mensual a la farmacia \$ _____
Fuente de ingresos adicionales: \$ _____ / mes * incluya prueba de esto (alquiler de vivienda, seguro social, pensión, desempleo, etc ...)

Yo declaro que toda la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información debe ser utilizada para determinar mi capacidad de pagar por servicios que se me otorgan en Willamette Surgery Center. Autorizo a WSC/Salem Health para recibir, liberar o actuar sobre la información financiera, para investigar la información contenida en este documento. La investigación deberá incluir contacto por comunicación escrita o por teléfono, de aquellas personas, empresas, corporaciones, etc. indicadas por usted en este documento de información financiera. La investigación puede incluir también una verificación de crédito. Por la presente, desligo al personal designado del hospital y todas las partes que suministran información a petición del personal del hospital de la responsabilidad por actos de comisión o de omisión, de comunicaciones o de revelaciones que se hacen en virtud de tal investigación. **Entiendo que la presentación de información falsa automáticamente me descalificará para cualquier tipo de asistencia.**

Firma de persona responsable: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge/compañero(a) doméstico(a): _____ Fecha: _____