



**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) o \_\_\_\_\_ Prueba de desempleo

\_\_\_ 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 \$ \_\_\_\_\_

**Dependientes 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: \_\_\_\_\_



**WILLAMETTE**  
SURGERY CENTER

*Heartfelt, Professional Care*

**Business Office**  
Teléfono: 503-566-3507  
Fax: 503-581-4405

1445 State Street  
Salem, OR 97301

**Si no tiene ingresos, complete esta página y la página 1**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_ (ESCRIBA SU NOMBRE), declaro que durante el siguiente período de tiempo \_\_\_\_\_ (fecha de comienzo) hasta el día de hoy, no tenía ingresos o recursos y recibí asistencia de \_\_\_\_\_ (nombre de persona o refugio).

Yo hago esta declaración para el uso de cualquier ayuda financiera a que pudiera tener derecho debido a mi situación financiera. Entiendo que, esta declaración prueba ser falsa en cualquier aspecto material, Willamette Surgery Center puede revertir cualquier asistencia financiera otorgada y me hará personalmente responsable de los gastos.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma de persona responsable

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Persona asistiendo a la firma del paciente

\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre escrito