

Beaumont

FORMULARIO PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Instrucciones: Completar la solicitud, devolverla en un plazo de 10 días, y adjuntar copias de:

- Declaraciones de impuestos y cuadros de respaldo
- Beneficios del Seguro Social (en caso de que proceda)
- En una hoja por separado describir sus necesidades para recibir la asistencia financiera
- Recibos de pago (los 3 más recientes)
- Estados de cuenta bancarios (de los últimos 3 meses/de todas las cuentas)
- Formularios W-2s o declaraciones de desempleo

Información del paciente		
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Domicilio		
# de Seguro Social	Teléfono ()	
Información de la persona responsable		
Nombre y Domicilio		
# de Seguro Social	Teléfono ()	
Nombre y Domicilio del empleador		
Teléfono ()		Ocupación
Tiempo en el empleo	Salario mensual	No. de dependientes
Número de licencia de manejo		
Información del cónyuge		
Nombre y Domicilio		
# de Seguro Social	Teléfono ()	
Nombre y Domicilio del empleador		
Teléfono ()		Ocupación
Tiempo en el empleo	Salario mensual	No. de dependientes
Grupo familiar que vive en casa		
DEPENDIENTES (si son más de 5 dependientes, utilizar una hoja por separado)		
Nombre	Relación	Edad
Nombre	Relación	Edad
Nombre	Relación	Edad
Nombre	Relación	Edad
Nombre	Relación	Edad

Información del seguro médico

Compañía aseguradora	Domicilio	Suscriptor	Fecha de elegibilidad	#s de Póliza y Grupo

Activos / Gastos

RESIDENCIA	Pago mensual	Valor	Saldo impago
Pago mensual de hipoteca / Renta	\$	\$	\$
Segunda residencia / Hipoteca mensual	\$	\$	\$
AUTO	Modelo / Marca	Pago mensual	Saldo impago
Primer auto		\$	\$
Segundo auto		\$	\$

Información de ingresos adicionales

TOTAL DEL INGRESO FAMILIAR PROMEDIO	\$		
Manutención de los hijos	\$	Pensión alimenticia	\$
Indemnización laboral	\$	Desempleo	\$
Seguro Social / Incapacidad	\$	Fecha / Duración del desempleo	\$
Alquiler	\$	Contrato de compraventa de tierras	\$
Dividendos / Intereses	\$	Fondo fiduciario	\$
Asistencia pública	\$	Retiro / Pensión	\$
BANCO		Ubicación	
<input type="checkbox"/> Saldo en cuenta corriente		<input type="checkbox"/> Saldo en cuenta de ahorros	

Entiendo que el presente formulario debe estar completado en su totalidad, así como contar con todos los documentos adjuntos cuando lo devuelva, de tal manera que Beaumont pueda determinar si califico para recibir asistencia financiera. En caso de que no esté completo, recibiré una notificación por escrito describiendo la información adicional y/o los documentos que se requieran. He proporcionado información verdadera y exacta, y estoy de acuerdo en que Beaumont pueda investigar dicha información, así como obtener mi historial crediticio.

Solicitante _____
Fecha

Únicamente para uso interno
ID del Hospital del paciente