

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	