

Lagos Regional de Salud
Solicitud de Asistencia Financiera y
Paciente Información Financiera

Esta forma es proporcionar información para ayudarle a satisfacer su obligación financiera a Lagos Regional de Salud.

Nombre del solicitante _____ cónyuge o pareja Nombre _____

Dirección actual _____ Renting _____ compra _____ años vivió en _____

Ciudad _____ State _____ Zip _____ Inicio Teléfono _____

Estado Civil: S M D W septiembre Otros

Solicitante de Seguro Social _____ Cónyuge Seguro Social _____

Solicitante Fecha Nacimiento _____ Cónyuge Fecha de Nacimiento _____

Por favor escriba su cargo: (adjuntar páginas adicionales si es necesario)

Nombre Edad Parentesco Nombre Edad Relación

Empleo (/ Net Pago Bruto) \$ _____ \$ _____ Renta / hipoteca \$ _____

Seguro Social / Incapacidad \$ _____ \$ _____ Alimentos \$ _____

Jubilación / Pensión veterano (todas las fuentes) \$ _____ \$ _____ pagos del coche \$ _____

Comp desempleo. \$ _____ \$ _____ Cuidado de Niños \$ _____

ADC / WIC / Cupones de Alimentos \$ _____ \$ _____ Transporte / coche expensas \$ _____

Pensión alimenticia / Manutención de Niños \$ _____ \$ _____ Médico / Dental * \$ _____

Inversión / Margen \$ _____ \$ _____ Seguros (coche, médico, etc ..) \$ _____

Otros (List _____) \$ _____ \$ _____ Tarjeta de crédito (_____) \$ _____

Total de Ingreso Mensual \$ _____ \$ _____ Agencias de Cobranza \$ _____

Neto Mensual de Ingresos \$ _____ \$ _____ Ropa \$ _____

Ingresos Totales últimos 12 meses \$ _____ \$ _____ Otros (List _____) \$ _____

Se requiere copia de la declaración de impuestos y el último 2 meses talones de pago. Total de Gastos Mensuales \$ _____

ACTIVO (valor de mercado actual) PASIVO

Efectivo en caja / banco / Ahorros \$ _____ Bill médico * _____ \$ _____

Inversiones / (valor de mercado) de CD \$ _____ Bill médico * _____ \$ _____

Préstamo / valor en efectivo de seguro de vida \$ _____ Bill médico * _____ \$ _____

Residencia:.. Pies Cuadrados total de _____ tarjeta de crédito (s) \$ _____

Precio de Compra \$ _____ Préstamo en los muebles y Electrodomésticos \$ _____

Valor estimado Ahora \$ _____ Home Loan (saldo actual) \$ _____

Primaria vehículo: Año / modelo _____ \$ _____ Préstamo Vehículo (saldo actual) \$ _____

Vehículo: Año / modelo _____ \$ _____ Bienes Raíces Préstamo (saldo actual) \$ _____

Granja Inmobiliaria: # de acres _____ \$ _____ Cantidad adeudada en equip granja. \$ _____

Maquinaria agrícola \$ _____ cantidad adeudada en el ganado \$ _____

Ganadería \$ _____ Préstamo en su alquiler de la propiedad \$ _____

Alquiler Propiedad \$ _____ Préstamo de Negocios \$ _____

Negocios \$ _____ cantidad adeudada en otra \$ _____

Otros _____ \$ _____ Amt debe a Agencia de Cobros \$ _____

Activos totales \$ _____ Total pasivos \$ _____

* Fuera de gasto de bolsillo o únicamente responsabilidad (neto de cualquier seguro, descuentos, responsabilidad civil, o cualquier otra reclamación potencial)

¿Le ofrecieron un seguro médico de su empleador? ____ Si no

¿Se le negó el seguro médico por su empleador? ____ Si no

¿Es usted elegible para los beneficios de COBRA? ____ Si no

Yo reconozco que la información dada a LRH es verdadera y correcta. Autorizo LRH para verificar la información dada por mí. Voy a presentar la documentación de dicha información bajo petición.

Firmado _____ Fecha _____

Firmado _____ Fecha _____

USO EXCLUSIVAMENTE INTERNO

Points _____ Full _____ Partial _____

Aprobado _____ Fecha _____ Denied _____ Fecha _____