



# Formulario de solicitud de asistencia financiera

## SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escriba su nombre completo, dirección al momento en que recibió el servicio médico y demás información en esta sección.

Número de cuenta \_\_\_\_\_ Fecha(s) de servicio \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
CALLE Y NÚMERO

Estado de residencia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: Solter Casado Divorciado

Teléfono principal: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Residencial Celular Laboral Otro \_\_\_\_\_

Dirección electrónica: \_\_\_\_\_

Seguro de salud en la fecha de prestación del servicio: Sin seguro Medicare Medicaid Otro \_\_\_\_\_

## SECCIÓN DOS: INGRESOS FAMILIARES Y ACTIVOS

Indique sus ingresos, los de su cónyuge y los de todos los demás integrantes de la familia (si corresponde).

| Fuente de ingresos   | Total para los 3 meses previos al servicio | Total para los 12 meses previos al servicio |
|--|--|---|
| Salarios/ Empleo independiente   | \$ _____                                   | \$ _____                                    |
| Seguro Social  | \$ _____                                   | \$ _____                                    |
| Ingresos por alquileres, intereses, dividendos pensión                   | \$ _____                                   | \$ _____                                    |
| Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo              | \$ _____                                   | \$ _____                                    |
| Manutención de menores (solo si el paciente es el beneficiario previsto) | \$ _____                                   | \$ _____                                    |
| Otro   | \$ _____                                   | \$ _____                                    |

Activos netos totales (Activos - Deuda) como si fuera la fecha de la solicitud: \$ \_\_\_\_\_

## SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA E INGRESOS

Enumere a todos los integrantes de su grupo familiar y sus fechas de nacimiento.

Proporcione la siguiente información respecto a todas las personas de su familia cercana que viven en su hogar. A efectos del HCAP, familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos del paciente menores de 18 (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales o adoptivos del paciente, y a los hijos menores de 18 (naturales o adoptivos) de los padres que vivan en la casa del paciente.

| Nombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente | Fecha de nacimiento | Relación con el paciente |
|---|---------------------|--------------------------|
| 1. Paciente: _____  |                     |                          |
| 2. _____  |                     |                          |
| 3. _____  |                     |                          |
| 4. _____  |                     |                          |
| 5. _____  |                     |                          |
| 6. _____  |                     |                          |

Al firmar a continuación certifico que todo lo consignado en esta solicitud y en cualquier adjunto es veraz y correcto.

Firma de la Parte responsable: x \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

By my signing below, I certify that I have reviewed and approve this application.

Hospital CEO Signature: x \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Return your completed application to: [Penn State Health Rehabilitation Hospital](#)