



Solicitud de Asistencia Financiera de Solvista Health

Información del Paciente			Fecha: / /	
Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	Otros nombres:	
Dirección de su residencia:		Ciudad:	Estado:	Apartado Postal:
Dirección de envío:		Ciudad:	Estado:	Apartado Postal:
Número de Teléfono de Casa: (Número de Teléfono de Casa: (
Fecha de Nacimiento: / /				

Tamaño del hogar		
Nombre	Fecha de Nacimiento	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

NOTA: Para cumplir con las regulaciones federales y poder ofrecerle un descuento en nuestros servicios médicos, es necesario que le hagamos algunas preguntas personales. Debe verificar sus ingresos al menos cada año. El tamaño de la familia y el ingreso anual se utilizarán para determinar su elegibilidad y calcular su descuento.

Ingresos del hogar					
Nombre	Cantidad	Frecuencia (Circule una opción)		Empleador:	
Usted	\$	Semanal Mensual Anual			
Cónyuge	\$	Semanal Mensual Anual			
Niños	\$	Semanal Mensual Anual			
Otro	\$	Semanal Mensual Anual			
	\$	Semanal Mensual Anual			
TOTAL	\$	Semanal Mensual Anual			

Otros ingresos	Usted	Cónyuge	Niños	Otro	Subtotal
Seguridad Social					
Asistencia Pública					
Pensión de jubilación					
Cupones de Alimentos					
Manutención de los Hijos, Pensión Alimenticia					
Ingresos por Intereses					
Otro					
				TOTAL	\$

Acuse de Recibo

Por la presente doy fe de que puedo acceder y ver la escala móvil de tarifas y que la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa puede descalificarme inmediatamente y puedo volverse financieramente responsable. Acepto trabajar con Solvista para proporcionar cualquier información adicional que ayude a tomar una determinación. Entiendo que cualquier asistencia brindada solo estará disponible por un año o cuando mis circunstancias cambien, lo que ocurra primero.

Fecha: _____ Nombre (Imprimir): _____

Firma: _____