



## 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			
<b>TOTAL</b>	\$	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					
				<b>TOTAL</b>	\$

**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: \_\_\_\_\_