

Aplicación para Descuento Médico Servicios Financieros

Sección del Paciente

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguro Social #: ____-____-____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número Primario: _____ Número Alternativo: _____

Empleador: _____ Ingresos Anuales: _____

Integrantes Totales

Familiares: _____

Miembro Familiar: _____ Relación: _____

Miembro Familiar: _____ Relación: _____

Miembro Familiar: _____ Relación: _____

Miembro Familiar: _____ Relación: _____

Miembro Familiar: _____ Relación: _____

Miembro Familiar: _____ Relación: _____

****Incluya con la Aplicación****

- Copia de los taxes de los años previos, pag 1 & 2 de la sección 1040
- Carta reciente de la determinación de Asistencia Médica

Firma del Solicitante

Fecha

Business Office Section

Guarantor Account #: _____ Guarantor Name: _____

Attorney General Eligible – Full/Partial: _____ Patient Resp. %: _____

Uncompensated Care Ineligible – Reason: _____

Determined by: _____