

Página 1 de 2

4. Otros ingresos
Proporcione documentación de todos los ingresos indicados.

| Tipo de ingresos | Miembro de familia que recibe el beneficio | Cantidad | ¿Con qué frecuencia lo recibe? (encierre en círculo) |
|--------------------------------------|--|----------|--|
| Seguro social | | \$ | Cada semana, mes o año |
| Desempleo | | \$ | Cada semana, mes o año |
| Pensión | | \$ | Cada semana, mes o año |
| Fondos por incapacidad | | \$ | Cada semana, mes o año |
| Beneficios de veterano | | \$ | Cada semana, mes o año |
| Manutención infantil | | \$ | Cada semana, mes o año |
| Pensión alimenticia | | \$ | Cada semana, mes o año |
| Compensación al trabajador | | \$ | Cada semana, mes o año |
| Ingresos netos por alquiler | | \$ | Cada semana, mes o año |
| Ingresos de empleo por cuenta propia | | \$ | Cada semana, mes o año |
| Ingresos por fideicomiso | | \$ | Cada semana, mes o año |
| Otro | | \$ | Cada semana, mes o año |

5. Comentarios/Declaración jurada de apoyo económico
Utilice esta sección para proporcionar información adicional o su declaración jurada de apoyo económico.

Si informó un ingreso de \$0, proporcione una breve explicación de cómo usted (o el paciente) pagan sus necesidades básicas:

6. Información sobre el seguro médico
Proporcione información sobre la cobertura del seguro de salud.

¿Tenía seguro médico cuando recibió su servicio? ☐ No ☐ Sí

Si su respuesta es sí, proporcione información de su seguro y una copia de su tarjeta del seguro:

| | | | |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| Nombre de la aseguradora | N.º de identificación | Nombre del suscriptor | Fecha de vigencia |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|

Al firmar a continuación, certifico que todo lo que he declarado en esta solicitud y en los adjuntos es verdadero y correcto hasta donde tengo conocimiento.

Acepto proporcionar documentación adicional cuando me la soliciten para determinar mi elegibilidad.
Sé que la falsificación de cualquier información puede provocar la denegación de la asistencia financiera.

Acepto indicar al hospital sobre cualquier cambio en mis ingresos, tamaño de familia, cobertura del seguro médico u otra información que pueda cambiar mi elegibilidad para recibir la asistencia financiera.

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Firma del solicitante/responsable | Nombre en letra de molde | Fecha | Hora |
| | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Firma del representante autorizado | Nombre en letra de molde | Fecha | Hora |