



## Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

El formulario debe estar **COMPLETAMENTE** llenado - **POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA.**

Por favor, indique dónde recibió los servicios para esta solicitud:

Bristol Hospital       Bristol Hospital Multi-Specialty Group       Bristol Hospital EMS LLC

Bristol Home and Hospice Agency, Inc

Solicitando:  Asistencia Financiera       Fondos de Camas Gratuitas

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de envío:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección residencial (si es diferente):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Mejor forma de contactarlo: \_\_\_\_\_

Tiempo de residencia actual: \_\_\_\_\_

Estado de residencia (por favor, marque una opción):

Ciudadano de los EE. UU.  
 Residente legal de los EE. UU.

¿Está empleado actualmente? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si sí, nombre del empleador actual: \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo en el empleador actual? \_\_\_\_\_

¿Está casado? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si sí, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_

¿Está vinculado por unión civil? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si sí, nombre de la pareja: \_\_\_\_\_

Empleador de la pareja: \_\_\_\_\_

¿Solicitó asistencia médica del estado? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si sí, número de caso y fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_

Número de dependientes: \_\_\_\_\_

*Un dependiente es una persona incluida en la declaración de impuestos del paciente.*

**Lista de Dependientes**

Nombre de los dependientes	Parentesco	Fecha de nacimiento	Edad

**Comprobante de ingresos (si corresponde):**

Fuente de Ingresos	Paciente/Parte Responsable Ingrese la cantidad por mes	Cónyuge o Pareja Ingrese el monto mensual
Salario bruto / Ganancias (antes de impuestos)		
Respaldado por otra person		
Manutención de menores / Pensión alimenticia recibida		

Beneficios por discapacidad		
Beneficios de pensión		

Ingresos por alquiler recibidos		
Ganancias por cuenta propia o agrícolas		
Beneficios de Seguro Social / SSI		
Beneficios por desempleo		
Indemnización por accidentes laborales		
Otros ingresos ( <i>por favor, especifique; por ejemplo, dividendos, intereses, acciones, acuerdos pendientes, otros activos, etc.</i> )		
<b>INGRESOS TOTALES</b>		

**Información de bienes:** Por favor, enumere los bienes, incluyendo todas las propiedades y automóviles.

Bienes	Pagos Mensuales	Saldo Pendiente

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_