

## Drew Memorial Hospital -Solicitud de ayuda financiera

(Nota: esta solicitud debe ser completada totalmente con documentación para ser considerado.)

Por la presente solicito que Drew Memorial Hospital hacer una determinación de mi elegibilidad para el programa de asistencia financiera de Drew Memorial Hospital.

1. NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
2. SS # \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_  
Dirección (ubicación física): \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Ocupación actual: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Empleadores previos: \_\_\_\_\_

3. INGRESO: ingreso de la lista de todas las fuentes en la familia o del hogar.

Para uso de oficina solamente	Total de Último 3 meses	Total de duran 12 meses
	Salarios (incluyendo granja o Empl del uno mismo) _____	
	Seguridad social... _____	
	Compensación por desempleo... _____	
	Compensación a los trabajadores... _____	
	Pensión alimenticia/manutención... _____	
	Pensiones... _____	
	Dividendos, interés, alquiler... _____	
	<b>Ingresos mensuales totales</b> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Cuenta de cheques/ahorros de la lista... \_\_\_\_\_  
Lista de tarjetas de crédito... \_\_\_\_\_

4. TAMAÑO DE LA FAMILIA/HOGAR:

Relación nombre/edad

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

5. ¿ES DUEÑO DE SU CASA O ALQUILER? \_\_\_ PROPIETARIO \_\_\_\_\_

**Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. No he hecho declaraciones falsas, errores u omisiones. Si cualquier información que he proporcionado resulta para ser falso, entiendo que esto constituye fraude y que el Hospital podría buscar acciones legales según lo considere necesario.**

Firma fecha

Aprobación previa Completar solicitud

\_\_\_ Completed, fecha y firma aplicación \_\_\_ Estimated ingreso \_\_\_ Proof de ingreso