



SOLICITUD DE POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

marionhealth.com • Oficina comercial: (765) 660-6100 • Facturación de médicos: (765) 660-7600

INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y FAMILIARES

Nombre del paciente _____ SSN (últimos 4) _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Nombre del cónyuge/garante _____ SSN (últimos 4) _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____

Número de dependientes _____

	NOMBRE DEL DEPENDIENTE	RELACIÓN	SSN (últimos 4)	FECHA DE NACIMIENTO
1.				/ /
2.				/ /
3.				/ /
4.				/ /
5.				/ /

Nota: El número de dependientes en el hogar incluye al paciente y a las siguientes personas que viven con el paciente: cónyuge del paciente, hijos biológicos, adoptivos o hijastros del paciente menores de 18 años.

A. INFORMACIÓN DEL EMPLEO

INGRESO MENSUAL BRUTO ANTES DE IMPUESTOS \$ _____

B. TODAS LAS POSIBLES FUENTES DE INGRESOS : se requiere documentación que sustente los ingresos indicados

Recuerde: Si proporciona la declaración de impuestos sobre la renta del año pasado, NO necesita proporcionar nada más.

- Declaración de impuestos sobre la renta del año pasado
- Formularios W-2 de todos los empleos
- Carta de beneficios del Seguro Social
- Beneficios de pensión (1099R)
- 3 recibos de sueldo más recientes
- Si ha habido un cambio en los ingresos con respecto al año pasado
- Otro comprobante de ingresos anuales

VERIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN

La información indicada más arriba es veraz y correcta a mi leal saber y entender.

Entiendo que los enunciados que afirmo en este formulario están sujetos a investigación y verificación.

Entiendo que se me pedirá que brinde comprobantes de la información provista en este formulario y acepto ayudar al hospital a obtener las verificaciones necesarias. Por el presente autorizo la entrega de información salarial, información financiera de bancos y otras instituciones financieras, así como información del Departamento de Salud y Servicios Humanos a Marion Health.

 Firma del paciente _____ Fecha _____

 Firma del cónyuge/garante _____ Fecha _____

No dude en comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta.

Esta solicitud es válida por 6 meses, momento en el cual debe presentarse una solicitud nueva.