

Solicitud de Asistencia Financiera

Instrucciones:

1. Por favor rellene por completo la solicitud adjunta. Escriba N/A en los espacios que no aplican a usted.
2. Adjunte una página adicional si necesita más espacio para contestar cualquier pregunta.
3. Usted tendrá que proporcionar comprobantes de ingresos al presentar esta solicitud. Se aceptan los siguientes documentos como comprobantes de ingresos:
 - Si usted presentó un documento de declaración federal de impuestos, tiene que proporcionar una copia:
 - a. Documento de declaración federal de impuestos (Formulario 1040) del año más reciente. Usted tiene que incluir todos los anexos como fueron presentados al Internal Revenue Service;
 - b. Formulario Federal W-2 indicando sus salarios y ganancias;
 - Si usted no presentó un documento de declaración federal de impuestos, por favor proporcione lo siguiente:
 - c. Dos (2) colillas de cheque más recientes;
 - d. Dos (2) colillas de cheque más recientes de Seguro Social, manutención para hijos menores, desempleo, incapacidad, pensión del cónyuge o cualquier otro pago;
 - e. Dos (2) estados de cuenta consecutivos;
 - f. Si recibe su salario o sueldo solo en efectivo, por favor proporcione una declaración escrita explicando las fuentes de su ingreso.
 - Si usted no tiene ingreso, por favor presente una carta explicando cómo mantiene a sí mismo/la familia.
4. Su solicitud no puede ser tramitada hasta que usted proporcione toda la información requerida.
5. Es importante que usted complete, firme y presente la solicitud para asistencia financiera junto con todos los anexos requeridos dentro de catorce (14) días.
6. Usted tiene que firmar y colocar la fecha en la solicitud. Si el paciente/garante y su cónyuge proporcionan su información, los dos tienen que firmar la solicitud.
7. Si usted tiene alguna pregunta por favor llame al representante de cuentas.
8. Por favor envíe la solicitud completada a:
The HSC Pediatric Center
Attn: Business Office/Patient Accounting
1731 Bunker Hill Rd. NE
Washington, DC 20017

Solicitud de Asistencia Financiera

NOMBRE DEL PACIENTE/ GARANTE		NOMBRE DEL CÓNYUGE	
DOMICILIO		TELÉFONO	
		Domicilio	
		Empleo	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL			
Paciente/ Garante		Cónyuge	
ESTADO FAMILIAR: Anote todos los dependientes que usted mantiene (más espacio disponible en la página 4)			
Nombre		Edad	Relación
ESTADO DE EMPLEO			
Empleador del paciente/garante		Posición/Puesto	
Persona de contacto		Teléfono	
Empleador del cónyuge		Posición/Puesto	
Persona de contacto		Teléfono	
INGRESOS			
	Paciente/Garante	Cónyuge	
1. Salarios brutos (previa a deducciones)			
2. Ingresos de trabajo por cuenta propia			
3. Intereses y dividendos			
4. Alquiler y arrendamiento de bienes inmuebles			
5. Seguro Social			

Solicitud de Asistencia Financiera

6. Pensión del cónyuge		
7. Manutención para hijos menores		
8. Desempleo/Incapacidad		
9. Asistencia Pública		
10. Todas otras fuentes (adjunte una lista)		
Ingreso Total (Sume las líneas 1 - 10 arriba)		
GASTOS INUSUALES		
Por favor provea información sobre cualquier gasto fuera de lo común, tales como facturas médicas, bancarrota, órdenes judiciales o pagos arreglados (espacio adicional disponible en la página 4 – adjunte una lista si es necesario).		
Descripción		Cantidad
BIENES		
Por favor provea el valor precisa de los bienes que le pertenecen a usted. Anote también la cantidad que le falta pagar por cada uno de los bienes anotados.		
Bienes	Valor	Deuda
1. Residencia primaria		
2. Otros bienes inmuebles (adjunte una lista)		
3. Vehículos (adjunte una lista)		
4. Otra propiedad personal		
5. Cuentas bancarias & inversiones		
6. Planes de pensión		
7. Otros bienes (adjunte una lista)		
Total (sume las líneas 1 – 7 arriba)		

Firmando abajo, yo/nosotros declaro/declaramos que toda la información brindada es verdadera y correcta según mi/nuestro entender. Yo/nosotros autorizo/autorizamos al **Centro Pediátrico HSC** a verificar cualquier información anotada en esta solicitud. Otorgamos permiso expresamente a contactarse con mi/nuestro empleador, instituciones bancarias y prestadoras y a comprobar mi/nuestro historial de crédito.

Firma de Paciente/Garante

Firma del Cónyuge

Fecha (mes/día/año)

Fecha (mes/día/año)

