

Stormont Vail Hospital y cuenta Cotton O'Neil Clinic

N.º del garante _____ Nombre del garante _____
 Esta información se puede encontrar en la esquina superior derecha de su declaración Nombre de la persona a quien se le envía la declaración

Información general

Nombre del paciente _____
 (Apellido) (Nombre) (Inicial 2º nombre)
 Persona responsable del pago _____ Relación con el paciente _____
 Domicilio _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Brinde un número telefónico en el que se lo pueda ubicar en caso de ser necesario () _____

Información financiera

Ingreso mensual total

Se requiere documentación de prueba para TODA la información financiera

Ingreso mensual bruto

\$

Formularios de declaración de impuestos federales más recientes (todos los formularios presentados al IRS) con W2. Si no ha presentado declaración de impuestos federales, explique por qué

Ingreso mensual bruto (cónyuge)

\$

Talones de pago del último mes suyo y de su cónyuge

Manutención infantil mensual recibida

\$

Documento legal que indique el monto de la manutención infantil

Pensión alimenticia mensual recibida

\$

Documento legal que indique el monto de la pensión alimenticia

Seguro social recibido

\$

Carta/declaración de beneficios de seguridad social

Monto recibido por discapacidad

\$

Carta/declaración de beneficios por discapacidad

Monto recibido por desempleo

\$

Carta/declaración de beneficios por desempleo

Ingresos por intereses, dividendos, etc.

\$

Declaración de ingresos por intereses y dividendos

Ingreso por jubilación

\$

Carta de beneficios por jubilación

Otro ingreso

\$

Declaraciones más recientes de otros recursos (CD, mercados monetarios, acciones, bonos, fondos mutuos, etc.)

Monto total en cuenta de ahorro

\$

Copias de la o las declaraciones más recientes de la cuenta de ahorro

Monto total en cuenta corriente

\$

Copias de la o las declaraciones más recientes de la cuenta corriente

Monto total en otros recursos

\$

Copias de las declaraciones más recientes

Número de personas respaldadas por el ingreso mensual total _____

Si es diferente al formulario de impuestos federales, explique brevemente por qué. _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa. Comprendo que si presento información falsa, no seré elegible para recibir ayuda financiera. Certifico que cumpla con los requisitos necesarios para solicitar ayuda financiera, como se describe en el formulario de instrucción.

Firma _____

Fecha _____

Entregue este formulario con los documentos solicitados anteriormente. Si no completa este formulario en su totalidad y no proporciona la documentación requerida como prueba de TODA la información financiera, se le **NEGARÁ** la ayuda financiera. Se le puede solicitar información adicional a la espera de que se considere la ayuda financiera.

Toda la información solicitada debe ser entregada dentro de un plazo de 14 días después de la recepción. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de atención al cliente al (785) 354-1150, (800) 637-4716 o envíe un correo electrónico a billinghelp@stormontvail.org.

11.8.17