

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Stormont Vail Hospital y cuenta Cotton O'Neil Clinic

N # del garante _____

Esta informacion se puede encontrar en la esquina superior derecho de su declaracion

Nombre del garante _____

Nombre de la persona a quien se le envia la declaracion

Informacion general

Nombre del paciente _____

(Apellido)

(Nombre)

(Inicial 2° nombre)

Persona responsable del pago _____ Relacion con el paciente _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Brinde un numero telefonico en el que se lo pueda ubicar en caso de ser necesario (____) _____

Informacion financiera

Ingreso mensual total

Ingreso mensual bruto

\$

Ingreso mensual bruto
(cónyuge)

\$

Manutención infantil mensual
recibida

\$

Pensión alimenticia mensual
recibida

\$

Seguro social recibido

\$

Monto recibido por
discapacidad

\$

Monto recibido por desempleo

\$

Ingresos por intereses,
dividendos, etc.

\$

Ingreso por jubilación

\$

Otro ingreso

\$

Monto total en cuenta de
ahorro

\$

Monto total en cuenta corriente

\$

Monto total en otros recursos

\$

Se requiere documentación de prueba para TODA la información financiera

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

Talones de pago del último mes para usted y su cónyuge

Documento legal que indique el monto de la manutención infantil

Documento legal que indique el monto de la pensión alimenticia

Carta/declaración de beneficios de seguridad social

Carta/declaración de beneficios por discapacidad

Carta/declaración de beneficios por desempleo

Declaración de ingresos por intereses y dividendos

Carta de beneficios por jubilación

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

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

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

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 cumplo con los requisitos necesarios para solicitar ayuda financiera, como se describe en el formulario de instrucción.

Firma _____ Fecha _____

Devuelva este formulario junto con TODOS los documentos requeridos arriba. 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.

Espere al menos 45 días después de recibir toda la documentación en nuestra oficina, para que nuestro equipo revise y tome una determinación con respecto a la elegibilidad.

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.

Traducido con Microsoft Translator