

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 \$ _____

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

Recibos de sueldo de los últimos dos meses para usted y su conyuge

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

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 será 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.

Toda la información solicitada debe ser entregada dentro de un plazo de 14 días después de la recepción de la solicitud. 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