

Nombre del paciente _____ **Número de Cuenta** _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Condado _____

Número de Teléfono _____ # celular _____ # de trabajo _____

Correo electrónico _____

Soltero a Casado Divorciado Separado Viudo (a)

Nombre de la Persona responsable _____ Relación _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono de la casa _____ # celular _____ # de trabajo _____

Nombre de conyugue _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono de la casa _____ # celular _____ # de trabajo _____

Indique los dependientes que viven con usted por quien usted es responsable. Por favor incluya nombre (s), edad (s) y fecha de nacimiento:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Mi firma atestigua que la información que he proporcionado en este formulario es exacta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que SCL Health requiere verificación de ingresos antes de que se haga cualquier determinación. También entiendo que se puede correr mi crédito, sin costo para mí, para verificar la información anterior.

Fecha de firma _____ **Fecha** _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Solicitud completa, firmada y fechada

Al menos uno de los siguientes documentos, los ingresos de los últimos 3 meses O la declaración de impuestos del año anterior:

- Copia de talones de pago para el paciente, y / o cónyuge
- Copia de la (s) carta (s) de adjudicación – Desempleo, Seguridad Social, etc., con beneficios mensuales
- Copia de estado de cuenta bancarios

Copia de identificación con foto válida: Licencia de Conducir, Pasaporte, Visa, etc.

Tamaño de la familia _____ Ingreso _____ Nivel de Pobreza% _____ Escala Deslizante Nivel _____

Notas especiales: _____

Nombre del asociado de la oficina: _____ APPROVE DENIED Fecha: _____