

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Llene la solicitud en su **totalidad** y devuélvala dentro de los siguientes 14 días. Si hay algo en la solicitud que no corresponde a su caso, por favor escriba las siglas N/C en el espacio provisto. Cuando entregue la solicitud, también **debe** entregar documentos que comprueben sus ingresos económicos. Aceptamos los siguientes comprobantes:

Si declaró el impuesto federal sobre los ingresos económicos o las ganancias en los Estados Unidos, debe enviar:

- a. Una copia del formulario 1040, declaración de impuestos, del año más reciente. Debe entregar todos los anexos y las tablas federales del impuesto, tal como los presentó al Servicio de Rentas Internas de los Estados Unidos (*IRS*, por sus siglas en inglés).

Si no declaró el impuesto federal sobre los ingresos económicos o las ganancias en los Estados Unidos, envíe:

- a. Dos (2) recibos de sueldo más recientes.

Si no tiene ingresos económicos o documentos que los comprueben, presente una carta explicando cómo mantiene económicamente, tanto a usted mismo como a su familia.

Comuníquese con el Departamento Financiero si tiene alguna pregunta, llamando al (661) 949-5781 o al (800) 403-1857.

No. de cuenta(s) en el hospital			
Nombre del paciente/garante			
Nombre del cónyuge			
Domicilio (Calle)			
Domicilio (Ciudad, estado y código postal)			
No. de teléfono en casa	()	del trabajo ()	celular()
No. Seguro Social paciente/garante			
No. Seguro Social cónyuge			

ESTADO FAMILIAR: Realice una lista de todas las personas que dependen económicamente de usted		
Nombre	Edad	Parentesco

ESTADO LABORAL		
	Paciente/garante	Cónyuge
Nombre del empleador		
Puesto de trabajo		

INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES		
	Paciente/garante	Cónyuge
1. Salario y sueldo bruto mensual		
2. Ingreso mensual como trabajador independiente		
3. Pensión del Seguro Social		
4. Pensión alimenticia por hijos menores de edad		
5. Pensión por desempleo o discapacidad		
6. Asistencia pública		
7. Todas las demás fuentes (adjunte lista)		

Con mi firma a continuación, declaro/declaramos que toda la información provista es verdadera y correcta, según mi mejor conocimiento. Autorizo/autorizamos al Antelope Valley Medical Center para que verifique cualquier información incluida en esta solicitud. Expresamente autorizamos que se comuniquen con mi/nuestro empleador(es).

Firma del paciente/garante

Firma del cónyuge

Fecha

Fecha