



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE BATES COUNTY MEMORIAL HOSPITAL AND FAMILY CARE CLINICS

(Solo para uso de oficina)

Renovación _____ Yes _____ NO
 Válido _____ to _____
 FCC no residente del condado de Bates Only _____

CABEZA DE FAMILIA

Apellido	Nombre	Medio l.	Fecha de nacimiento	Edad	Número de teléfono	Condado de residencia
Dirección de la calle		Apartamento #	Ciudad	Estado	Código postal	# de Dependientes
Nombre del empleador		Dirección del empleador, ciudad, estado y código postal				
¿Cuánto tiempo de empleo?	Teléfono del empleador #		Título de la posición		# de Seguro Social (Opcional)	

CÓNYUGE/PAREJA

Apellido	Nombre	Medio l.	Fecha de nacimiento	Edad	# de Seguro Social (Opcional)
Nombre del empleador		Dirección del empleador, ciudad, estado y código postal			
¿Cuánto tiempo de empleo?	Teléfono del empleador #		Título de la posición		

TAX DEPENDENTS

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Relación con el Jefe de Familia	Seguridad social #

INGRESOS: SOLO PARA USO DE OFICINA

	CADA HORA	MENSUAL	TRIMESTRAL	ANNUAL
INGRESOS BRUTOS				
Salarios primarios				
Salarios secundarios u otros ingresos				
Ingresos del Seguro Social				
Pensión				
Discapacidad				
Ingresos por alquiler				
Pensión alimenticia / Manutención de los hijos				
Desempleo				
Asistencia Estatal				
Otros (se requiere el ingreso total del hogar)				
TOTAL				

**Por la presente certifico que no he retenido a sabiendas ninguna información contenida en esta solicitud y que toda la información divulgada es correcta a mi leal saber y entender.
 Doy permiso para que mi información sea verificada con el IRS u otros recursos para aprobar mi solicitud.**

X **X**

Firma del Paciente / Responsable	Fecha	Firma del cónyuge/pareja	Fecha
----------------------------------	-------	--------------------------	-------