

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

FECHA DE SERVICIO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO : \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE O SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CREMALLERA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

**SE DEBE COMPLETAR LO SIGUIENTE PARA QUE SE CONSIDERE LA ASISTENCIA FINANCIERA.**

(Enumere el cónyuge y los hijos dependientes menores de 18 años, que viven en el hogar y sus fechas de nacimiento)

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESOS BRUTOS TOTALES EN LOS 3 MESES ANTERIORES A LA FECHA DE SERVICIO	INGRESOS BRUTOS TOTALES EN LOS 12 MESES ANTERIORES A LA FECHA DE SERVICIO	FUENTE DE INGRESOS NOMBRE DEL EMPLEADOR (INDIQUE SI ES ESTUDIANTE UNIVERSITARIO)
	PROPIO				

1. SI REPORTÓ CERO INGRESOS TOTALES, ¿CÓMO SE LE ESTÁ APOYANDO? \_\_\_\_\_

2. ¿EN QUÉ ESTADO RESIDÍA EN EL MOMENTO DE SU VISITA? \_\_\_\_\_

3. ¿HA SOLICITADO MEDICAID O CUALQUIER OTRA ASISTENCIA DEL CONDADO?  NO  SÍ (FECHA/ESTADO \_\_\_\_\_)

4. ¿TENÍA SEGURO MÉDICO EN LA FECHA DEL SERVICIO?  NO  SÍ (PROPORCIONE COPIA DE LA TARJETA CON ESTA SOLICITUD)

5. ¿ALGUIEN EN SU CASA TIENE UNA CUENTA CORRIENTE O DE AHORROS?  NO  SÍ (VALOR \_\_\_\_\_)

6. ¿ES PROPIETARIO O ALQUILA UNA VIVIENDA?  POSEER  ALQUILAR  OTROS ( \_\_\_\_\_)

**EN EL CASO DE LOS ACTIVOS DE INGRESOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE, DEBE PROPORCIONAR LO SIGUIENTE PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR:**

(Por favor, compruebe los artículos recibidos)

- EMPLEO = 3 O 12 MESES DE INGRESOS
- DESEMPLEO = CARTA DE BENEFICIOS
- SEGURIDAD SOCIAL = CARTA DE BENEFICIOS
- ALQUILER = CARTA DE BENEFICIOS
- PENSIÓN O DISCAPACIDAD = CARTA DE BENEFICIOS
- TRABAJO POR CUENTA PROPIA = FORMULARIOS DE IMPUESTOS COMPLETOS, INCLUIDO EL ANEXO C
- MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS = DOCUMENTO ORDENADO POR LA CORTE
- OTRO = PRUEBA DE CUALQUIER OTRO INGRESO COMO DIVIDENDOS, INTERESES, INGRESOS POR ALQUILER
- CUENTA DE CHEQUES / AHORROS = ESTADO DE CUENTA ACTUAL DE 30 DÍAS PARA CADA CUENTA

**CERTIFICACIÓN:** AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, AFIRMO QUE LAS RESPUESTAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS. EN CASO DE QUE UNA REVISIÓN POSTERIOR DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE UNA PERSONA REVELE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA PERSONA ERA INCORRECTA O FRAUDULENTO, LA DECISIÓN DE PROPORCIONAR ASISTENCIA FINANCIERA PUEDE REVOCARSE Y SE FACTURARÁ A LA PARTE RESPONSABLE. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE PRESENTO ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN POR PARTE DE MI PROVEEDOR, INCLUIDAS LAS AGENCIAS DE INFORMES CREDITICIOS, Y ESTÁ SUJETA A REVISIÓN POR PARTE DE AGENCIAS FEDERALES Y / O ESTATALES Y OTRAS SEGÚN SEA NECESARIO.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
(SI NO ES PACIENTE)

ENVÍE POR CORREO O CORREO ELECTRÓNICO LA SOLICITUD COMPLETA Y LA DOCUMENTACIÓN A:

Laboratorio Clínico CompuNet  
2308 Sandridge Dr  
Morrena Ohio 45439  
cclbillingweb@compunetlab.com

Última revisión: 01/2024