SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

FECHA DEL SERVICIO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE O SOLICITANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ ESTADO CIVIL: _____ NSS: _____

LO SIGUIENTE DEBE COMPLETARSE PARA CONSIDERAR LA ASISTENCIA FINANCIERA.

(Incluya al cónyuge y a los hijos dependientes menores de 18 años que vivan en el hogar y sus fechas de nacimiento)

NOMBRE	**PARENTESCO CON EL PACIENTE**	**FECHA DE NACIMIENTO**	**INGRESO BRUTO TOTAL EN LOS 3 MESES PREVIOS AL FECHA DEL SERVICIO**	**INGRESO BRUTO TOTAL EN LOS 12 MESES PREVIOS AL FECHA DEL SERVICIO**	**FUENTE DE INGRESOS NOMBRE DEL EMPLEADOR (INDIQUE SI ES ESTUDIANTE UNIVERSITARIO)**
	YO MISMO (A)				

1. **SI REPORTÓ CERO INGRESOS TOTALES, ¿CÓMO SE ESTÁ SOSTENIENDO?** _____
2. ¿EN QUÉ ESTADO VIVÍA AL MOMENTO DE SU VISITA? _____
3. ¿HA SOLICITADO MEDICAID U OTRO APOYO DEL CONDADO? ☐ NO ☐ SÍ (FECHA/ESTADO _____)
4. ¿TENÍA SEGURO MÉDICO EN LA FECHA DEL SERVICIO? ☐ NO ☐ SÍ (ADJUNTE COPIA DE LA TARJETA CON ESTA SOLICITUD)

PARA LOS INGRESOS INDICADOS ARRIBA, DEBE ENTREGAR UNO DE LOS SIGUIENTES POR CADA INTEGRANTE DEL HOGAR:

(por favor marque los documentos recibidos)

- ☐ COPIA DE 2 MESES DE RECIBOS DE NÓMINA
- ☐ DESEMPLEO = CARTA DE BENEFICIOS O ESTADO DE CUENTA BANCARIO
- ☐ SEGURO SOCIAL = CARTA DE BENEFICIOS O ESTADO DE CUENTA BANCARIO
- ☐ TRABAJO POR CUENTA PROPIA = LLENE LOS FORMULARIOS DE IMPUESTOS INCLUYENDO EL ANEXO C
- ☐ PENSIÓN ALIMENTICIA = DOCUMENTO ORDENADO POR EL TRIBUNAL
- ☐ OTRO= COMPROBANTE DE CUALQUIER OTRO INGRESO, COMO DIVIDENDOS, INTERESES O INGRESOS POR RENTA
- ☐ DISCAPACIDAD = CARTA DE BENEFICIOS O ESTADO DE CUENTA BANCARIO

CERTIFICACIÓN: *AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, DECLARO QUE LAS RESPUESTAS DE ESTA SOLICITUD SON VERDADERAS. SI UNA REVISIÓN POSTERIOR DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE UNA PERSONA DETERMINA QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR ESA PERSONA ERA INCORRECTA O FRAUDULENTA, LA DECISIÓN DE OTORGAR ASISTENCIA FINANCIERA PODRÁ REVOCARSE Y SE FACTURARÁ A LA PARTE RESPONSABLE. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE ENTREGO ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN POR MI PROVEEDOR, INCLUIDAS LAS AGENCIAS DE REPORTE DE CRÉDITO, Y TAMBIÉN SUJETA A REVISIÓN POR AGENCIAS FEDERALES Y/O ESTATALES Y OTRAS ENTIDADES, SEGÚN SEA NECESARIO.*

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DEL SOLICITANTE O DEL REPRESENTANTE: _____ **PARENTESCO:** _____ **FECHA:** _____
(SI NO ES EL PACIENTE)

ENVÍE POR CORREO POSTAL O POR EMAIL LA SOLICITUD COMPLETA Y LA DOCUMENTACIÓN A:

CompuNet Clinical Laboratory
2308 Sandridge Dr
Moraine Ohio 45439
cclbillingweb@compunetlab.com

Última revisión:09/2026