

Nombre del garante	Número de seguro social del garante	Fecha de nacimiento del garante	Número del garante
Nombre(s) del paciente	Número de teléfono del garante	Número de cuenta del paciente	

Usted puede ser elegible para nuestro PROGRAMA DE descuento si usted no puede pagar su cuenta en su totalidad. Por favor llene el siguiente formulario y envíe la información requerida en los próximos 10 días. Evaluaremos su necesidad económica para ver si califica para la ayuda parcial o total. Usted debe proporcionar información para el paciente / Garante y Cónyuge si es aplicable.

Nombre de la persona que solicita ayuda: _____

Número de miembros en la familia que han solicitado declaración de impuestos: _____

INGRESO MENSUAL:

Sueldos/Salarios:

Paciente:	\$ _____
Cónyuge:	\$ _____
Seguro Social:	\$ _____
Pension:	\$ _____
Ingresos para alquilar:	\$ _____
Ingresos por incapacidad:	\$ _____
Ingresos de desempleo:	\$ _____
Total de los ingresos:	\$ _____

Por favor envíe copias de los siguientes elementos:

Nota: La aplicación no puede ser procesada sin el siguiente si es aplicable:

- Declaración de impuestos federales más reciente con los horarios de apoyo y W-2. La declaración de impuestos debe estar firmada.
- Talones de pago actuales de los últimos 30 días.
- Estado de cuenta más reciente de todas las cuentas bancarias. Incluya todas las páginas.
- Si trabaja por cuenta propia, declaración de ganancias / pérdidas de negocio trimestral más reciente.
- Comprobante de ingresos no salariales (es decir, el desempleo, la manutención de los hijos, pensión alimenticia, fiduciario, pensión, los intereses)
- Si no está empleado, una carta de apoyo firmada por la persona que muestra el apoyo a usted.
- Carta de adjudicación de los Cupones para Alimentos
- Si usted solicitó ayuda del gobierno o del estado, la prueba de la aprobación o negación.
- Prueba de separación

CERTIFICO QUE:

- La información contenida en la solicitud es una declaración exacta y completa de mi situación financiera.
- Yo he declarado todos los bienes de ingresos a lo solicitado.
- Autorizo 219 Health Network para comprobar el historial de crédito, la situación laboral y hacer todas las preguntas que considere necesarias para completar el proceso de solicitud de ayuda financiera.
- Entiendo que la información falsa o incompleta es la causa del rechazo.

Yo accepto que es mi responsabilidad a notificar a 219 Health Network de algun cambio de mis ingresos anuales, el tamaño de mi familia y otras circunstancias que puedan afectar esta solicitud. Tamién entiendo que si no estoy de acuerdo con la decision de esta solicitud, tengo derecho para pedir que mi solicitud pueda ser revisada por el director ejecutivo o su representante.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Por favor envíe la información dentro de los 10 días.

Por Fax: 219-703-6749

O Correo: Aplicación de Cuentas de Pacientes
219 Health Network
100 W. Chicago Ave Suite F
East Chicago, IN, 46312