



## ***Financial Aid Application***

Estimado Paciente o Responsable de Pago,

Gracias por elegir el Hospital Weems Memorial para sus necesidades de salud. El Departamento de asistencia financiera para el paciente, le gustaría asistirle en su obligación; ofreciéndole asistencia financiera a través de ésta aplicación. Si tiene alguna (s) pregunta (s) acerca de los documentos requeridos o de dicha aplicación, siéntase libre en preguntar al personal de recepción o llamar a nuestro consejero financiero al teléfono 850- 653-8853 ext. 118.

Si usted tiene alguna circunstancia, la cuál es importante para su situación financiera, por favor incluya una carta firmada con documentos explicando dicha situación.

### **Documentos Requeridos:**

1. La declaración de impuestos del año pasado o su forma W2 más reciente. (si su ingreso económico ha cambiado desde su última declaración de impuestos, por favor incluya una explicación por escrito.)
2. Prueba de Ingreso Económico (por lo menos uno de los siguientes documentos):
  - a. Sus 2 últimos talones de pago
  - b. Carta de compensación de desempleo
  - c. Carta de beneficios por discapacidad
  - d. Si su ingreso es a través del fondo de retiro, pensión, renta de propiedad, etc. por favor traiga la prueba de su ingreso económico y el monto recibido.
3. Recibo de pago de renta o hipoteca por un mes
4. Recibos de utilidades: gas, electricidad, agua y drenaje
5. Identificación con fotografía (licencia para manejar, tarjeta de identificación de parte del estado, pasaporte)

**Por favor, regrese la aplicación complete, firmada y con fecha, junto con la lista de papeles de apoyo en dos semanas como plazo.**



## *Financial Aid Application*

### **Información del paciente/o persona responsable en dado que el paciente sea un menor:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

Salario Anual: \_\_\_\_\_ Tiempo de Empleo: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro de salud: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_

### **Información del (la) Esposo (a) y/o Tutor Legal:**

Nombre : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Salario Anual \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_

### **Información de dependiente (s):**

Número de dependientes: \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Utilice papel por separado si es necesario:



## *Financial Aid Application*

### **Renuncia de responsabilidad y Autorización:**

**Yo, Autorizo al Hospital George E. Weems Memorial para obtener el reporte de crédito del consumidor a nombre de mi persona para el proceso de mi aplicación, en caso necesario. Esta información solo será utilizada para el propósito deseado.**

**Yo entiendo que el Hospital George E. Weems Memorial no va a compartir o divulgar con terceros dicha información, al menos que yo dé la autorización adecuada.**

**El Hospital George E. Weems Memorial no va a proporcionarme copia de mi reporte de crédito; dicho reporte se quedará en los archivos financieros del hospital.**

**Yo, autorizo al Hospital George E. Weems Memorial para verificar toda la información proporcionada de mi parte para el proceso de mi aplicación.**

Nombre del/la solicitante \_\_\_\_\_

Firma del/la solicitante \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_