

PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA

Fecha de recepción: _____

Solicitud de Ayuda Financiera

Apellido:		Nombre:		N° telefónico:	
Calle:		Ciudad:		Estado: C.P.:	
Enumere los familiares/u otros que viven con usted y para los cuales usted provee el sustento:					
Nombre		Fecha de nacimiento		N° de Seguro Social	
Ingresos devengados – (Adjunte la documentación de apoyo)					
Nombre del empleado	Empleador	Fecha de comienzo del empleo	Fecha de terminación del empleo	Importe ganado Cantidad ganada	
Ingresos no devengados por mes – (Adjunte la documentación de apoyo)					
Seguro Social: \$		Discapacidad: \$		Beneficio de veterano de guerra: \$	
Compensación por desempleo: \$		Pensión alimenticia/Manutención de menores: \$		Pensión: \$	
Compensación laboral: \$		Asistencia social: \$		Otros ingresos: \$	
Enumere las facturas para las cuales solicita ayuda.					
Nombre del paciente		N° de cuenta		Fecha del servicio	

Conforme al Código de Estados Unidos, Título 42, Sección 291E, y los correspondientes reglamentos, por este medio certifico que la información que he remitido es verdadera y objetiva y que dicha información puede ser verificada.

Acuerdo tramitar la solicitud de cualesquier beneficios de terceros a los cuales pueda tener derecho, entre ellos, el seguro médico, beneficios de veterano de guerra, etc. Asimismo, acuerdo solicitar y tramitar la solicitud de ayuda médica estatal.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

MANDE POR CORREO AL:

Windham Hospital
112 Mansfield Avenue
Willimantic, CT 06226
ATTN: Financial Counselor

F: APPLICATION SPANISH- 11.10