

Complete/devuelva el ____ / ____ / ____ Iniciales del personal: _____ Cuenta _____

Servicios Médicos Nanticoke Memorial
801 Middleford Road, Seaford, DE 19973 (302) 629-7946
SOLICITUD FINANCIERA

Nombre del paciente _____ Dirección de correo electrónico _____

Dirección _____

Nro. de teléfono _____ Nro. de Seguro Social _____ Estado civil _____

Empleador _____ Dirección _____

Ciudadano estadounidense: Sí ____ No ____	Residente permanente: Sí ____ No ____
---	---------------------------------------

Nombre del cónyuge/garante _____ Nro. de Seguro Social _____

Empleador del cónyuge _____ Dirección _____

Ciudadano estadounidense: Sí ____ No ____ Residente permanente: Sí ____ No ____

Cuenta corriente: Sí ____ No ____	Cuenta de ahorros: Sí ____ No ____
-----------------------------------	------------------------------------

Estatus residencial: Casa propia ____ En proceso de compra ____ Alquilada ____ Vive con la familia ____

¿Alguien en su casa recibe cupones de alimentos? Sí ____ No ____ (\$ ____)
Nombres _____

¿Alguien en su casa recibe Medicaid? Sí ____ No ____ (\$ ____)
Nombres _____

¿Alguien en su casa califica para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud (Community Health Access Program, CHAP)? Sí ____ No ____
Nombre(s) _____

Cantidad de adultos en su declaración de impuestos _____

Cantidad de niños en su declaración de impuestos _____

Nombre del niño _____ FDN _____ Nombre de la compañía aseguradora _____
Nombre del niño _____ FDN _____ Nombre de la compañía aseguradora _____
Nombre del niño _____ FDN _____ Nombre de la compañía aseguradora _____
Nombre del niño _____ FDN _____ Nombre de la compañía aseguradora _____

.....
POR FAVOR COMPLETE LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO

INFORMACIÓN DEL INGRESO MENSUAL
(ASEGÚRESE DE INCLUIR UNA PRUEBA DE INGRESO)

Al paciente le pagan: Semanalmente _____
 Dos veces al mes _____

Ingreso mensual bruto del paciente _____

Ingreso mensual neto del paciente _____

Al cónyuge le pagan: Semanalmente _____
 Dos veces al mes _____

Ingreso mensual bruto del cónyuge _____

Ingreso mensual neto del cónyuge _____

Pensión _____

Ingreso por alquiler de propiedades _____

Ingreso por discapacidad _____

Desempleo _____

Manutención infantil/pensión alimenticia _____

Ingreso neto del Seguro Social _____

Ingreso bruto del Seguro Social _____

Ingreso por servicios sociales/estatales _____

Otro _____

Comentarios _____

Ingreso bruto anual total _____

Ingreso neto mensual total _____

INFORMACIÓN DE GASTOS MENSUALES

Alquiler/hipoteca
 (A quién se le paga) _____ \$ _____

Alimentación _____ Electricidad _____

Teléfono _____ Combustible/gas para calefacción _____

Combustible para vehículos _____

Seguro vehicular _____ Televisión por cable _____

Guardería _____ Aseo _____

Agua/alcantarillado _____ Matrícula _____

Prescripciones _____

Seguro médico/de vida _____

Seguro para propietarios de vivienda _____

Manutención infantil/pensión alimenticia _____

<u>A quién</u>	<u>Monto mensual</u>	<u>Total</u>
----------------	----------------------	--------------

Préstamo vehicular _____

Tarjeta de crédito ___ \$ _____ \$ _____

Otro _____

Gastos mensuales totales _____

+++++
Autorización de investigación crediticia

Por medio de la presente, autorizo a Nanticoke Memorial Hospital Inc. o sus agentes a investigar cualquier referencia, declaración u otros datos proporcionados por mí o por cualquier persona perteneciente a mi responsabilidad crediticia y financiera. Entiendo que la información dada será utilizada solo con el propósito de determinar la elegibilidad para un plan de pago o posible reducción de cargos solo en mi factura hospitalaria (no incluirá cargos por médicos, radiólogos, patólogos, ni cualquier otro profesional médico afiliado relacionado). Afirmo que la información proporcionada acerca de mi asistencia es verdadera y correcta

Fecha: ____/____/____ Testigo _____ Firma _____