



Fecha:

Numero de cuenta:

Para que podamos considerar su cuenta para asistencia financiera, debe no tener un seguro activo/seguro insuficiente y completar el formulario financiero.

ESTA SOLICITUD NO PUEDE SER PROCESADA SIN SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS MAS RECIENTE, DECLARACIÓN BANCARIA ACTUAL Y LAS ÚLTIMAS DOS (2) TALONES DE CHEQUE. Para asegurar la pronta tramitación de su solicitud, sírvase adjuntar lo siguiente, si procede, y devolverlo por correo dentro de los 14 días siguientes:

1. **Si está empleado**, proporcione copias de los últimos dos talones de cheques que reflejen su salario para llevar a casa, el estado de cuenta bancario actual (todas las páginas) y la declaración de impuestos más reciente.
2. **Si trabaja por cuenta propia**, proporcione su información más reciente sobre el impuesto sobre la renta W-2 y la declaración bancaria más reciente (todas las páginas).
3. Si está desempleado, por favor proporcione una prueba de sus ingresos (de seguro social, discapacidad, AFDC, cheque de desempleo, beneficios de compensación de trabajadores, etc.), estado de cuenta corriente (todas las páginas) y la mayoría de la declaración de impuestos actual.
4. PAA sólo considerará / revisará si la oficina de su cirujano ha cancelado o descontado su cargo. Si la oficina de su cirujano ha descontado / ajustado entonces debemos tenerlo en la escritura por su oficina. (Debe tener o no ser considerado)

Por favor adjunte todos los documentos a esta solicitud y envíelos a nuestra oficina local.

Si está Casado/a, debemos recibir la información anterior sobre su cónyuge también.

***IMPORTANTE:** Para ser considerado para recibir asistencia financiera por gastos hospitalarios médicamente necesarios, esta declaración confidencial debe ser completada. Para ser considerado completo, todas las preguntas deben ser contestadas, el formulario debe ser firmado y una copia de su declaración de impuestos federales más reciente debe ser devuelta con este documento.

Si no puede proporcionar cualquiera de la información solicitada, por favor proporcione una declaración por escrito sobre el porqué y cuáles son sus circunstancias. Asegúrese de firmar y fechar su declaración. Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con nosotros en el siguiente número de teléfono.

Sinceramente,

Providence Anesthesiology Associates, PA

3735 Glen Lake Dr., Ste# 250 Charlotte, NC 28208 – Office (704)749-5801 – Seleccione la opción #2 seguida de la opción #3.

Solicitud de asistencia financiera

3735 Glen Lake Dr Ste# 250 Charlotte, NC 28208

I. Demografía del Paciente

Nombre del paciente: _____

(Apellido) (Nombre) (Segundo) (SSN) (Fecha de nacimiento)

Nombre del Garante: _____

(Apellido) (Nombre) (Segundo) (SSN) (Fecha de nacimiento)

Dirección: _____

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo postal)

II. Información del Hogar

Estado civil (circule uno)	Casado/a	Soltero/a	Separado/a	Total en el hogar:
----------------------------	----------	-----------	------------	--------------------

Nombre(s) dependiente(s)	Dependiente fecha de nacimiento

III. Empleo/ Ingresos

Empleador del Paciente/ Garante:
Cantidad de ingresos mensuales: \$
Fuente de ingresos (adjunte verificación o explicación actual):
Otros ingresos Fuente y Monto bruto mensual: \$
Ingresos anual total del hogar: \$

IV. Verificación del Seguro

¿Tiene algún seguro de salud?	Si	No
Nombre del Seguro		
¿Está usted empleado?	Si	No
Indique los nombres de los últimos 2 empleadores y las fechas de empleo:		

