

**SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA—CARIDAD ESPECIAL/SOLICITUD DE ESCALA DE TARIFA**

Datos demograficos del solicitante		
Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:		Ciudad:
Estado:	Codigo postal:	Numero de cuenta:
Fecha de Nacimiento:	Numero de seguro social:	

Información del hogar. Llene la información para todos los miembros de su hogar (cónyuge, hijos, otros dependientes)					
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Número de seguro social	Número de licencia	Número de telefono

Ingresos familiares Incluya todas las fuentes de ingresos del hogar		
Tipo de ingresos	¿Quién recibe estos ingresos?	Ingreso mensual
Trabajo por cuenta propia		
Salario,propinas,comisiones		
Penión (es)		
Ingresos por pago de préstamos		
Otros ingresos no salariales (indique la Fuente)		
Ingresos por alquiler de propiedades		
Ingresos por seguro de incapacidad del seguro social (SSDI,por sus siglas en inglés) o seguro de jubilación para sobrevivientes e incapacidad (RSDI, por sus siglas en inglés)		
Ingresos suplementarios de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)		
Ingresos de desempleo		
Compensación de trabajadores		
Total:		

Estoy solicitando asistencia financiera para servicios de salud en Centura Health. Yo certifico que esta información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. También entiendo que los documentos apropiados deben ser proporcionados y/enviados por correo con esta solicitud para consideración de asistencia financiera.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente, el/la cónyuge, o representante legal

\_\_\_\_\_

Fecha