# Formulario de solicitud de asistencia financiera

**SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE**
Escriba su nombre completo, la dirección en el momento en que recibió el servicio médico y otra información mencionada en esta sección.

Número de cuenta _____ Fechas del servicio _____

Nombre del paciente: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección: _____ Ciudad: _____/_____/_____ Condado: _____
NÚMERO Y CALLE

Estado de residencia: _____ Código postal: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Estado civil: ❑ Soltero ❑ Casado ❑ Divorciado

Número de teléfono principal: (_____) _____ ❑ De la casa ❑ Celular ❑ Trabajo ❑ Otro _____

Dirección de correo electrónico: _____

Seguro médico en el momento de la fecha del servicio: ❑ Sin seguro ❑ Medicare ❑ Medicaid ❑ Otro _____

**SECCIÓN DOS: INGRESOS Y PATRIMONIO FAMILIAR**
Proporcione información sobre sus ingresos, los del cónyuge y los de todos los demás familiares (si corresponde).

| Fuente de ingresos | Total de los 3 meses anteriores al servicio | Total de los 12 meses anteriores al servicio |
|---|---|---|
| Salarios/trabajo independiente | $ | $ |
| Seguro Social | $ | $ |
| Pensión, dividendos, intereses, ingresos por alquileres | $ | $ |
| Desempleo, compensación de trabajadores | $ | $ |
| Manutención infantil (solo si el paciente es el destinatario previsto) | $ | $ |
| Otro | $ | $ |

Patrimonio neto total (activos - deuda) a la fecha de la solicitud: $_____

**SECCIÓN TRES: INGRESOS E INFORMACIÓN FAMILIAR**
Escriba todos los familiares en el hogar y sus fechas de nacimiento.

Proporcione la siguiente información para todos los familiares directos que viven en su hogar. Para HCAP, la familia se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos menores de 18 años (biológicos o adoptivos) del paciente que viven en el hogar. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, a los padres biológicos o adoptivos del paciente y a los niños menores de 18 años (biológicos o adoptivos) de los padres que viven en el hogar del paciente.

Nombre de los familiares, incluido el paciente Fecha de nacimiento Relación con el paciente

1. Paciente: _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

**Al firmar a continuación, certifico que toda la información mencionada en esta solicitud y en cualquier archivo adjunto es verdadera.**

Firma de la parte responsable: x _____ Fecha: _____

Envíe su solicitud completada a la siguiente dirección: **Select Specialty Hospital - San Diego**
225 Grandview Avenue, Camp Hill, PA 17011 (888) 868-1103
Correo electrónico: IPCS@selectmedical.com Fax: (717) 980-2509

Rev. enero 5, 2021