

Solicitud para atención de caridad

Información del paciente (incluya a todos los miembros de la familia que soliciten atención de caridad)

	Nombre	Fecha de nacimiento	Número de registro médico (si lo tiene)
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

¿A quién podemos contactar con respecto a esta solicitud?

Nombre: _____ Números de teléfono: (1) _____ (2) _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código postal _____

Tamaño de la familia: __ (incluya cónyuge e hijos dependientes)

Información financiera

Adjunte una copia de su formulario de declaración de impuestos federales 1040 más reciente. Adjunte también sus 2 talones de pago más recientes que muestren los ingresos brutos del año hasta la fecha. Adjunte también registros de ingresos de los últimos 3 meses (talones de paga, seguro social o por desempleo). Enumere todas las fuentes de ingresos mensuales para su grupo familiar.

Ingreso mensual

Ingreso Recibido:	\$ _____	Ingreso por desempleo:	\$ _____
Pensión/Jubilación:	\$ _____	Seguro social:	\$ _____
Condado/Gobierno:	\$ _____	Manutención de menor:	\$ _____
Otro:	\$ _____		

Asistencia Medica

Aplicado: _____ Fecha: _____ Condado: _____

Rechazado: Sí No

Comentarios: _____

Bienes (que son de su propiedad)

Cuentas de cheques: \$ _____

Cuentas de ahorro: \$ _____

Cuenta de ahorro para la salud: \$ _____

Otro: \$ _____

Ahorros jubilatorios

Pensión/Jubilación: \$ _____

IRA: \$ _____

Otras inversiones jubilatorias: \$ _____

Certificados de depósito (CD): \$ _____

La información que antecede es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Si algún detalle es falso o incorrecto, (Nombre del Organización) Fairview podría suspender cualquier descuento que yo reciba. (Todos los solicitantes mayores de 18 años deben firmar y poner la fecha a continuación).

Firma _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____