

# FORMULARIO DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Para que un paciente sea elegible para una consideración financiera especial, este formulario debe completarse y adjuntarse la documentación solicitada, y el formulario devuelto al **Physicians Care Surgical Hospital**. La información será verificada y se tomará la determinación adecuada de manera oportuna. Proporcione la siguiente documentación al centro:

- Este formulario, completado y firmado
- Copias de Declaración de Impuestos Federales Firmadas del año anterior
- Copias de talones de cheques de nómina de los 2 meses anteriores
- Copias de facturas de servicios públicos recientes, recibo de alquiler/hipoteca, facturas médicas, recibos de préstamos para automóviles, estados de cuenta bancarios, recibos de pensión alimentaria / pensión alimenticia, recibos de asistencia del gobierno, otras declaraciones de ingresos/inversiones (por ejemplo, declaración 401K)

## INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE

Parte Responsable		Estado Civil	
Dirección		Estado	Código Postal
Número del Seguro Social		Fecha de Nacimiento	Teléfono
Dirección del Empleado	Cargo	Teléfono	Fecha de Contratación
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Cónyuge		Fecha de Nacimiento	Número del Seguro Social
Empleador del Cónyuge	Cargo	Teléfono	Fecha de Contratación
Número de niños en la casa	Edades		

## INFORMACIÓN DE INGRESO MENSUAL

Proporcione la documentación de las fuentes de ingresos: formularios W-2, declaraciones de impuestos sobre la renta, talones de cheques o estados de cuenta de cheques. Es posible que se requiera un estado financiero si trabaja por cuenta propia.

	Parte Responsable	Cónyuge
Salarios antes de deducciones		
Pensión alimenticia/Sustento de menores		
Discapacidad/Compensación del trabajador		
Pensión		
Ingresos del Seguro Social		
Dividendos/Ingresos por Intereses		
Ingresos de Alquiler		
Ingresos de Fideicomiso Inmobiliario		
Bienestar/Asistencia Pública		
Cupones de Alimentos		
Otro (por favor liste)		
Menos Impuestos Estatales/Federales		
Menos otras deducciones		
<b>Ingreso Mensual Total</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

Para obtener ayuda en completar esta solicitud, comuníquese con la Oficina de Facturación por teléfono al 610-495-3330. La asistencia en persona también está disponible al solicitar un Asociado de la Oficina Comercial en la Mesa de Inscripción del Physicians Care Surgical Hospital en 454 Enterprise Drive, Royersford, PA 19468.

# FORMULARIO DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL

## INFORMACIÓN FINANCIERA

BIENES	VALORES	IMPORTE	IMPORTE
Efectivo/Cheques	_____	Inversiones	_____
Ahorros	_____	Seguro de vida	_____
Acciones y Bonos	_____	Otro	_____

## TODOS LOS BIENES INMUEBLES Y VEHÍCULOS

	VALOR	BALANCE	MENSUALIDADES				
Renta del alquiler/poseo (encierre uno)	_____	_____	_____				
Otra propiedad	_____	_____	_____				
Vehículo #1	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Marca</td> <td style="width: 25%;">Modelo</td> <td style="width: 25%;">Año</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	Marca	Modelo	Año		_____	_____
Marca	Modelo	Año					
Vehículo #2	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Marca</td> <td style="width: 25%;">Modelo</td> <td style="width: 25%;">Año</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	Marca	Modelo	Año		_____	_____
Marca	Modelo	Año					
Vehículo #3	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Marca</td> <td style="width: 25%;">Modelo</td> <td style="width: 25%;">Año</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	Marca	Modelo	Año		_____	_____
Marca	Modelo	Año					

## GASTOS MÉDICOS

NOMBRE DEL PROVEEDOR MÉDICO	SALDO	INS PAGARÁ	MENSUALIDADES
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## ENUMERES LOS DEMÁS ACREEDORES

(Tarjetas de crédito, pedido por correo, etc. – Adjunte una hoja por separado si es necesario)

NOMBRE DEL PRESTAMISTA	TIPO DE PRÉSTAMO	SALDO	MENSUALIDADES
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Aparato o alquiler de muebles: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se declaró en bancarrota?    Si                      No                      Diga la Fecha

# FORMULARIO DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL

## OTRAS MENSUALIDADES

GASTOS	MENSUALIDAD	GASTOS	MENSUALIDADES
Comida	_____	Seguro de Auto	_____
Teléfono	_____	Televisión por cable	_____
Luz/Gas/Agua/Alcantarillado	_____	Seguro de Salud	_____
Contribuciones	_____	Esparcimiento	_____
Otro (enumere)	_____	Otro (enumere)	_____

### SÓLO PARA USO DE OFICINA...

## RESUMEN FINANCIERO MENSUAL

Renta Total:	_____
Subtotales:	
Bienes Inmuebles	
Vehículos	\$ _____
Mensual Médico	
Gastos	\$ _____
Acreedores	
Crédito	\$ _____
Otro Mensual	
Gastos	\$ _____
Total de Gastos:	_____

## CONDICIONES Y COMENTARIOS DEL PACIENTE

Responda las siguientes preguntas: adjunte páginas adicionales si es necesario

- ¿Ha solicitado Medicaid y se le ha denegado o encontrado no apto?      Sí      No (encierre uno)
- ¿Ha pedido ayuda a su familia?      Sí      No (encierre uno)
- \_\_\_\_\_
- ¿Ha pedido ayuda de su clero o iglesia?      Sí      No (encierre uno)
- \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto puede pagar cada mes?      \_\_\_\_\_

### COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por la presente declaro que la información que he proporcionado es verdadera y completa. Autorizo a **Physicians Care Surgical Hospital** a verificar esta información, incluida la solicitud de un informe de la oficina de crédito, entiendo que si se determina que esta información es engañosa o falsa, se me podrá negar una consideración financiera especial y seré responsable del pago de cualquier y todos los cargos incurridos por los servicios prestados.

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma de la Parte Responsable**

**Fecha:** \_\_\_\_\_