

Solicitud de Asistencia Económica

N.º de Cuenta: _____

Nombre del paciente: _____

Gracias por su interés en el Programa de Asistencia Económica del Hospital de Doylestown que ofrece Doylestown Health. Sírvase proporcionar la documentación que refleja sus ingresos brutos familiares.

Número de integrantes de la familia (todas las personas que viven en el mismo hogar, incluidos padres y dependientes [según la definición del IRS, Servicio de Impuestos Internos]): _____

- _____ Los 3 últimos recibos de nómina laboral.
- _____ Los 3 últimos resúmenes bancarios de cuentas corrientes o cuentas de ahorro.
- _____ Una copia de su última declaración de impuestos.
- _____ Una copia de la carta que establece beneficios por desempleo o discapacidad.
- _____ Estados de cuentas bancarias de negocios propios y copia del Estado de Resultados.
- _____ Una copia actualizada de la notificación del pago por beneficios del seguro social.
- _____ Beneficios de pensión.
- _____ Pensión alimenticia.
- _____ Otros ingresos.

Si no se reciben todos los documentos junto con la solicitud, la resolución podría retrasarse o denegarse.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra Oficina de Facturación y Servicios Económicos para Pacientes al 215-345-2198.

FIRMA: _____

A mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera, completa y correcta.

FECHA DE FIRMA: _____