



Evaluación y solicitud de asistencia financiera

Responda todas las preguntas según su leal saber y entender. **Adjunte todos los documentos de respaldo.**

Información del paciente

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Padre, madre o tutor legal

Fecha de nacimiento

Dirección actual

Teléfono móvil

Teléfono de casa/trabajo

Dirección de correo electrónico

¿Está actualmente sin hogar?

☐ Sí

☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿cuál es su dirección postal preferida?

Miembros del hogar

¿Quién vive en su casa? (Enumere al cónyuge y a todos los hijos. Se requieren los nombres completos, las fechas de nacimiento, los números de Seguro Social y el parentesco de los miembros del hogar)

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Parentesco	Ciudadano estadounidense (sí/no)	Seguro activo (Nombre de la cobertura y número de identificación)

¿Hay alguien en el hogar a quien puedan aplicarse estas situaciones?

¿Está embarazada?

☐ Sí

☐ No

Fecha de parto

¿Ha servido en las Fuerzas Armadas?

☐ Sí

☐ No

Empleo

Los trabajadores deben presentar los recibos de sueldo de los últimos 45 días. Los trabajadores por cuenta propia deben presentar la declaración de impuestos del año anterior con los anexos correspondientes.

Nombre	Nombre del empleador o de la empresa	Horas trabajadas por semana	¿Con qué frecuencia le pagan?

Ingresos adicionales

Todos los ingresos requieren una prueba adecuada. Los ejemplos incluyen carta de concesión del Seguro Social, cheque o extracto de la pensión, extracto de desempleo con fechas.

Ingresos	\$ Monto mensual	Ingresos	\$ Monto mensual
Desempleo		Fechas de desempleo	
Seguro Social		Ingresos agrícolas	
SSI por discapacidad		Intereses/Dividendos	
Pensiones		Pensión alimenticia recibida	
Manutención de los hijos recibida		Ingresos por alquiler de propiedades	
Indemnización por accidente laboral		Otro	

Gastos del hogar/Préstamos

Tipo de gasto	\$ Monto mensual	Tipo de gasto	\$ Monto mensual
Hipoteca/Alquiler		Cuidado de niños	
Hipoteca de 2.ª vivienda		Alimentos/comestibles	
Manutención de los hijos que usted paga		Seguro médico	
Cable		Pago del automóvil	
Electricidad/Gas		Otro	
Teléfono/Teléfono móvil		Otro	

Activos

Tipo de activo	Valor/Saldo
Cuenta corriente	
Cuenta de ahorros	
401K/IRA	
Póliza de seguro de vida	

Tenga en cuenta lo siguiente: Todos los formularios de asistencia financiera enviados a Covenant HealthCare con la intención de solicitar beneficios SOLO cubrirán los cargos hospitalarios y otros servicios profesionales prestados por médicos de Covenant HealthCare. Los cargos de habitación privada u otros cargos personales no están cubiertos por el programa de asistencia financiera de Covenant. Los cargos de procedimientos cosméticos no están cubiertos por el programa de asistencia financiera de Covenant HealthCare.

Afirmo que la información anterior es verdadera, completa y correcta según mi leal saber y entender:

Firma del solicitante

Fecha

Firma del cónyuge

Fecha

Representante autorizado/POA

Fecha
