

Fecha _____
 Núm. de cuenta del paciente _____
 Representante de RHS _____

HOJA DE DIVULGACIÓN FINANCIERA

(Por favor escriba en letra de molde o a máquina)

Como parte de nuestro compromiso con nuestra comunidad, Rockford Health System proporciona asistencia financiera a las personas que cuentan con recursos financieros limitados, que cumplen con los criterios de elegibilidad establecidos. La Solicitud de asistencia financiera recopilará información acerca de usted y del resto de miembros de su hogar, que nos será útil para determinar adecuadamente su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Para evaluar adecuadamente su capacidad de pago, le solicitamos que nos proporcione copias de su declaración de Impuesto sobre la renta IRS 1040 más reciente; sus W2 (incluyendo todos los horarios); los dos últimos talones de pago de todos los miembros del hogar que trabajan, así como copias de las declaraciones del paciente por saldos adeudados a Rockford Health System u otros proveedores. Para su conveniencia, adjuntamos un sobre de devolución. Por favor enviarlo de vuelta antes de _____

Nombre del paciente: _____ Núm. de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento: _____ Número telefónico: _____

Nombre del fiador: _____ Núm. de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento: _____ Número telefónico: _____

Dirección: _____

Número	Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	--------	---------------

Empleador: _____ Años de empleo: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Número	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
--------	--------	--------	---------------	----------

Nombre del cónyuge: _____ Núm. de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Núm. telefónico: _____

Empleador del cónyuge: _____

Dirección y teléfono del empleador: _____

Número	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
--------	--------	--------	---------------	----------

Cuenta(s) de cheques

Nombre de la cuenta	Número	Banco	Saldo actual
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Cuenta(s) de ahorros

Nombre de la cuenta	Número	Banco	Saldo actual
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

Tarjeta(s) de crédito

Nombre de la Tarjeta de crédito	Límite de crédito	Saldo actual	Pago mensual
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Total			\$ _____

ATRÁS

<u>Ingreso neto</u>	<u>Por mes</u>	<u>Ingreso adicional</u>	<u>Valor/Saldo</u>	<u>Contribución</u>
Fiador	\$ _____	I R A / CD	\$ _____	\$ _____
Cónyuge	\$ _____	401 K PLAN	\$ _____	\$ _____
Otro (describa)	\$ _____	SEGURO SOCIAL	\$ _____	\$ _____
Ingreso total	\$ _____	COMP LABORAL	\$ _____	\$ _____
	\$ _____	PENSIÓN	\$ _____	\$ _____
		OTRO	\$ _____	\$ _____

Identifique y detalle el número de dependientes según la declaración de impuestos: _____

	<u>NOMBRE</u>	<u>EDAD</u>	<u>RELACIÓN</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Gastos:

Renta/Hipoteca	\$ _____
Valor patrimonial de la casa \$ _____	\$ _____

<u>Carro(s)</u>	<u>Marca</u>	<u>Año</u>	<u>Modelo</u>	<u>Por mes</u>
_____				\$ _____
_____				\$ _____
Alimentos				\$ _____
Gasolina para transporte				\$ _____
• Calefacción				\$ _____
• Electricidad				\$ _____
• Teléfono/Celular				\$ _____
• Seguro de automóvil				\$ _____
• Cable				\$ _____

Otros gastos: (Por favor enumere)

_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

Al firmar a continuación usted certifica en nombre propio y de los miembros de su hogar ante Rockford Health System y autoriza a Rockford Health System para proceder como sigue:

1. A mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, exacta y completa;
2. Rockford Health System puede obtener un informe personal de la agencia de crédito para verificar las obligaciones financieras por pagar;
3. Rockford Health System tiene el derecho a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud, incluyendo a través de comunicaciones con terceras personas y
4. Ningún miembro de mi hogar tiene seguro que pueda pagar por ninguna porción de ninguna obligación financiera que podamos tener con Rockford Health System; O, hemos proporcionado toda la información relevante en relación con nuestro seguro con Rockford Health System.

_____	_____
Firma del paciente o fiador	Fecha

_____	_____
Firma del cónyuge	Fecha

Por medio de su firma anterior usted autoriza a Rockford Health System a obtener un informe personal de la agencia de crédito para verificar las obligaciones financieras por pagar.