

ATENCIÓN MÉDICA A PRECIOS REDUCIDOS

LOS SIGUIENTES ELEMENTOS SON NECESARIOS PARA DOCUMENTAR LOS INGRESOS Y ACTIVOS:

- 1) una copia de la declaración de impuestos más reciente del solicitante y los formularios w-2;
- 2) una copia de todos los recibos de pago o las constancias de salario de los empleadores que indiquen los ingresos brutos para el período a partir del año de la declaración de impuestos que se incluyó en el punto 1) anterior;
- 3) una copia impresa de computadora del servicio de trabajo de Illinois que muestre todos los beneficios por desempleo recibidos durante los últimos cuatro trimestres, si hubiere alguno;
- 4) una copia de los estados de cuenta más recientes de todas las cuentas corrientes, de ahorros y de inversión;
- 5) una copia de todas las facturas médicas pendientes que se tengan con otras personas o instituciones que no sean Thorek Hospital (por ej., médicos, sala de urgencias, etc.).

INFORMACIÓN DE ACTIVOS

Cuenta de ahorros: Saldo actual \$ _____

Institución financiera _____

Número de cuenta _____

Cuenta corriente: Saldo actual \$ _____

Institución financiera _____

Número de cuenta _____

Otros activos:

Acciones \$ _____

Empresa _____

Valor en efectivo del seguro de vida \$ _____

Empresa _____

Otro \$ _____

Explique. _____

Bienes inmuebles:

Vehículo: _____
Marca Modelo Año Valor Monto adeudado

Vehículo: _____
Marca Modelo Año Valor Monto adeudado

Propiedad residencial y otros activos:

Describe: _____ Valor \$ _____

Monto adeudado _____

Otros préstamos:

Nombre de la institución	Pago mensual	Saldo	Propósito
--------------------------	--------------	-------	-----------

Nombre de la institución	Pago mensual	Saldo	Propósito
--------------------------	--------------	-------	-----------

Tarjeta de crédito	Pago mensual	Saldo	Límite de crédito
--------------------	--------------	-------	-------------------

Tarjeta de crédito	Pago mensual	Saldo	Límite de crédito
--------------------	--------------	-------	-------------------

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA:

Ingresos anuales (de declaraciones de impuestos, formularios W-2, recibos de pago) \$ _____

Cantidad de integrantes del grupo familiar _____ Pautas de pobreza (x2) _____

Información verificada por: _____

Aprobada () Desaprobada ()

Firma de la persona autorizada (consulte la Política de Atención Médica a Precios Reducidos):

Comentarios:

Comprendo que el personal de Thorek Memorial Hospital verificará toda la información incluida en esta solicitud y que esta servirá como autorización para verificar los ingresos y como autorización para investigar mi historial crediticio. Juro que todas las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y correctas, y si alguna parte de la información fuera falsa, esto será motivo de rechazo de esta solicitud.

Firma del paciente _____ Fecha _____