

# Holy Name Medical Center

718 Teaneck Road  
Teaneck, NJ 07666

Departamento de Asesoría Financiera  
(201)833-3157

## Formulario de solicitud de asistencia financiera

Cuenta n.º: \_\_\_\_\_ Fecha del servicio: \_\_\_\_\_

### Información personal

1) Nombre del paciente (apellido, nombre): \_\_\_\_\_

2) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ 3) N.º de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

4) Domicilio: \_\_\_\_\_

5) Teléfono (n.º preferido): \_\_\_\_\_

6) Nombre del garante: \_\_\_\_\_ 7) Fecha de nacimiento del garante: \_\_\_\_\_

8) Relación del garante con el paciente: \_\_\_\_\_

### Tamaño de la familia y criterios de ingresos

9) Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_ 10) Fuente de ingresos del hogar: \_\_\_\_\_

11) Ingresos brutos anuales totales: \_\_\_\_\_

12) Ingresos comerciales netos anuales totales (si es trabajador independiente): \_\_\_\_\_

13) Documentación utilizada para determinar ingresos: \_\_\_\_\_

14) ¿La solicitud es para un saldo después del seguro? \_\_\_\_\_

15) Si lo es, nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

### Certificación del solicitante

**Certifico que la información anterior concerniente al tamaño de mi familia y los ingresos es verdadera y correcta.**

Firma del paciente o garante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_