



501 Gopher Drive
Tomah, WI 54660
(608)372-2181

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha: _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección (calle, ciudad, estado y código postal): _____

Teléfono (residencial y celular): _____ Mejor horario para llamar: _____

Nombre del responsable: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del/de la cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lista de dependientes que viven en el hogar:

Nombre:	Edad:

INFORMACIÓN DE EMPLEO

	Parte responsable/garante	Cónyuge/otro miembro del hogar
Ocupación/cargo:		
Nombre del empleador:		
Dirección del empleador:		
Teléfono del empleador:		
Salario por hora:		
Horas trabajadas mensualmente:		
Si no tiene empleo, la última fecha de trabajo:		

FUENTE DE INGRESOS MENSUALES

	Parte responsable/garante	Cónyuge/otro miembro del hogar
Ingresos brutos mensuales del empleo:	\$	\$
Seguridad Social:	\$	\$
Discapacidad:	\$	\$
Pensión:	\$	\$
Prestaciones por desempleo:	\$	\$
Manutención de los hijos:	\$	\$
Pensión alimenticia:	\$	\$
Prestaciones de VA:	\$	\$
Otro:	\$	\$



501 Gopher Drive
Tomah, WI 54660
(608)372-2181

ACTIVOS

Nombre del banco:	Tipo de cuenta:	Saldo del último estado de cuenta final:
		\$
		\$
		\$
		\$

Valor del automóvil/camión	Monto adeudado	Modelo	Año
1.			
2.			

Enumere cualquier otro activo (botes, vehículos todo terreno, motos de nieve, etc.): _____

PASIVO

MENSUALMENTE	
Hipoteca/alquiler:	\$
Automotriz (es decir, mantenimiento):	\$
Servicios (es decir, electricidad, calefacción, teléfono, agua, etc.):	\$
Cuidado/manutención de los hijos:	\$
Costo de los medicamentos:	\$
Préstamos bancarios:	\$
Otras deudas (facturas médicas de otros centros):	\$
TOTAL	\$

Sírvase comentar cualquier otro punto relacionado con su situación financiera que considere debería tenerse en cuenta al determinar su elegibilidad para Asistencia financiera:

Autorizo a Tomah Health a verificar la información contenida en este formulario financiero. Declaro que la información anterior es veraz y representa mi situación económica actual. Entiendo que esta solicitud se aplica únicamente a las cuentas por servicios en Tomah Health.

Parte responsable (garante): _____ Fecha: _____
(firma)

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Adjudicación:

Descuento (si corresponde): %	Monto condonado: \$	Saldo del paciente: \$
Saldo del paciente pagadero como:		

Consejero de PFS:	Aprobación del CEO/CFO si la condonación es >\$10,000:
-------------------	--

Comentarios adicionales: