



300 South 3rd West
Soda Springs, ID 83276
(208) 547-3341

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del Paciente: _____

Numero de Cuenta (s): _____

Garante

(Si el paciente es la información del padre de un menor uso)

Nombre: _____ Numero de Seguridad Social: _____

Dirección: _____ Fecha De Cumpleaños: _____ Estado Civil: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Años en Residencia: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del Trabajo : _____

Dirección Previa: _____

Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Dirección de Empleador: _____

Empleador Previa: _____

Dirección de Empleador Previa: _____ Teléfono de Empleadore Previa: _____

Dependientes

Nombre	Fecha de Cumpleaños	Numero de Seguridad Social	Numero de Personas que Viven en Casa?

PAREJA

(En caso de personas enor de edad, uso informacion del madre)

Nombre: _____ Numero de Seguridad Social: _____

Dirección: _____ Fecha De Cumpleaños: _____ Estado Civil: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Años en Residencia: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del Trabajo : _____

Dirección Previa: _____

Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Dirección de Empleador: _____

Empleador Previa: _____

Divulgación de Información

Por la presente autorizo y directo a cualquier hospital o médico que ha asistido a mí, todas entidades condadas de Idaho, el Departamento de estado de Idaho de salud y bienestar y gobierno federal todo agencias (i.e., Administración del seguro social, Administración de veteranos) y todos los acreedores, bancos y entidades crediticias a liberar cualquier y toda información que tenga referente a mí y a cualquier miembro de mi familia a Caribou Medical Center para obtener mi reporte de crédito para verificar toda la información financiera. Esta información incluye, pero no se limita a la aplicación decisiones, registros, informes médicos y de otro tipo, facturas y facturas. I copia de la foto de esta autorización puede utilizada en lugar del original.

Solicitante debe Propocionar los Siguietes

(si no se aplica el documento marca "no aplicables" "NA".)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Los últimos dos recibos de sueldo para cada asalariado del casa | <input type="checkbox"/> Declaracios de seguridad social (en su caso) |
| <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federales del año pasado para cada persona que aplico | <input type="checkbox"/> Carta de compensación por desempleo (en su caso) |
| <input type="checkbox"/> Apoyo de dependientes (en su caso) | <input type="checkbox"/> Otro ingresos no reportado |
| <input type="checkbox"/> Pensión mensual (en su caso) | <input type="checkbox"/> Prueba de residencia (bill de gas, electricidad, telefono, cable renta, tarjeta de credito) |

Por mi firma a abajo, certifico que he leído cuidadosamente esta solicitud y que todo lo he indicado o proporcionada en cualquier accesorio es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que es ilegal enviar con conocimiento información falsa para obtener asistencia financiera.

Nombre Impremida

Fecha

Firma

****Si hay preguntas, llame al (208) 547-3341 y pide un asesor financiero**

Cuando termine, por favor envíela a:

Caribou Medical Center
300 South 3rd West
Soda Springs, ID 83276

o

Cuando termine, por favor devuelva a:

Al oficina principal enfrente del hospital de
Caribou Medical Center