Singing River | In partnership with Ochsner

Fecha _____ **SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA** Cuenta # _____

Nombre del garante _____

Fecha de nacimiento _____ Seguro Social # _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Tiempo que vive en la residencia actual: años ____ meses ____ Teléfono fijo _____ Tel. celular _____

Empleador _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código postal _____

Tiempo que ha trabajado para el empleador: años ____ meses ____ Tiempo que ha estado desempleado: años ____ meses _____

Sueldo bruto: $_____ por semana $_____ por mes

## INFORMACIÓN DEL CONYUGUE

Nombre del conyugue _____

Fecha de nacimiento _____ Seguro Social # _____

Empleador del conyugue _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Código postal _____

Tiempo que ha trabajado para el empleador: años ____ meses ____ Tiempo que ha estado desempleado: años ____ meses _____

Sueldo bruto: $_____ por semana $_____ por mes

## OTROS INGRESOS

Beneficios VA: _____ Seguro Social: _____ Pensiones: _____ Indemnización del trabajador: _____

Desempleo: _____ Pensión conyugal: _____ Manutención: _____ Otros: _____

Cantidad: $_____ por semana $_____ por mes

## LISTA DE DEPENDIENTES QUE VIVEN EN SU CASA

| Nombre | Fecha de nacimiento | Nombre | Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## INFORMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BANCARIAS DEL GARANTE

Cuenta corriente: banco/cooperativa de crédito _____

Cuenta de ahorros: banco/cooperativa de crédito _____

Otros bonos, CDs, etc.: fuente _____

## DEUDAS PENDIENTES

*(incluyendo hospitales, médicos, hipotecas, cuentas corrientes, contratos en cuotas, tarjetas de crédito, alquiler, etc.)*

| Acreedor | Pago mensual | Acreedor | Pago mensual |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Salario mensual total combinado:** $_____ **Gastos mensuales totales combinados:** $_____

Por la presente certifico que la información antedicha es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier declaración falsa hecha de manera intencional se considerará como tentativa de cometer fraude contra Singing River Health System, una institución pública del estado de Mississippi, y podrá resultar en prosecución con el mayor rigor permitido por la ley. El solicitante debe proveer a Singing River Health Systems con la información relacionada a cualquier y toda cobertura posible de terceros, incluyendo entre otros seguro médico, seguro de responsabilidad civil, indemnización del trabajador, rehabilitación o a cualquier otra cobertura resultando de las cuentas incluidas en esta petición de ayuda. Con el conocimiento que el dinero recibido relacionado con las cuentas incluidas en esta petición se le deberá al hospital sin consideración alguna a reducción.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

## PARA USO DEL HOSPITAL SOLAMENTE

Comentarios_____

Aprobado _____ Denegado _____ Representante de Singing River Health Systems _____