



HCM

HILL COUNTRY MEMORIAL

Hill Country Memorial
Solicitud de asistencia
Fredericksburg, TX

Nombre del paciente:
N.º de Seguro Social del paciente:
¿El paciente tiene cobertura de seguro? (S, N)

Fechas de servicio del paciente:
Fecha de nacimiento del paciente:
Compañía de seguros:

Nombre de la parte responsable (si no es el paciente):

N.º de Seguro Social:
Fecha de nacimiento:
Relación con el paciente:
Dirección:
Teléfono particular:
Teléfono celular:
Teléfono del trabajo:
Estado civil: []Soltero []Casado []Viudo []Divorciado
Empleado: []S []N
¿Hace cuánto tiempo?
Ocupación:

Nombre/dirección del empleador:

Nombre del cónyuge:
N.º de Seguro Social del cónyuge:
Empleado: []S []N
¿Hace cuánto tiempo?
Ocupación:

Nombre/dirección del empleador del cónyuge:

Table with 4 columns: Nombre, Relación, Número de Seguro Social, Fecha de nacimiento. Includes header information and a table for household members.

Ganancias/ingresos: enumere salario, sueldos, propinas, desempleo, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o ingresos de otras fuentes.

Table for income reporting with columns: Ganancias del paciente/parte responsable, Tarifa por hora, Ingreso bruto mensual, Ingreso neto mensual. Includes rows for patient and spouse.

Otros ingresos y bienes familiares mensuales:

Table for other income and assets with columns: Descripción, Valoración de automóviles, Millaje, Otro valor, Otros bienes/ingresos. Includes rows for car, savings, and other assets.

¿Recibe algún tipo de asistencia financiera, como cupones para alimentos, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)/Asistencia a Familias con Niños Dependientes (AFDC), asistencia financiera para estudiantes u otra asistencia? S o N

Especifique:

Describe cualquier otro medio a través del cual cubra los gastos diarios o situaciones que considere relevantes para la aprobación de la solicitud de asistencia financiera:

Yo, el que suscribe, certifico que la información descrita arriba es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Comprendo que la información enviada está sujeta a verificación.

Comprendo que la falsificación de la información enviada podría poner en riesgo mi consideración para el Programa de asistencia financiera.

Además, a fin de reunir los requisitos para este programa, comprendo que debo solicitar todo tipo de asistencia que pueda estar disponible para ayudarme a pagar esta factura del hospital antes de completar esta solicitud.

Firma de la parte responsable

Firma del cónyuge

Fecha

Representante de Hill Country Memorial/fecha

Envíe la solicitud completada por correo a:
Hill Country Memorial
Attn: Business Office
1020 S State Highway 16
Fredericksburg, TX 78624