

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE MARY GREELEY MEDICAL CENTER

Se debe completar la totalidad de la solicitud

Nombre del paciente/garante _____

Nombre del paciente (si difiere del garante) _____

INGRESO MENSUAL BRUTO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

\$ _____ Salarios	\$ _____ Pensión/Jubilación
\$ _____ Seguro Social/Incapacidad	\$ _____ Anualidad/Dividendos
\$ _____ Desempleo	\$ _____ Préstamos estudiantiles
\$ _____ Manutención de niños/pensión alimenticia	\$ _____ Dinero en efectivo de parientes
\$ _____ Otro – Describir: _____	
\$ _____ TOTAL INGRESOS	

Describa su situación personal y su razón para solicitar asistencia. Si usted actualmente no muestra ningún ingreso, describa cómo cubre sus gastos de la vida diaria, como vivienda, comida, ropa, etc.:

Información del solicitante:

**Cónyuge/Pareja
Información:**

Nombre:	_____	_____
Dirección:	_____	_____
Ciudad/Estado/Código Postal:	_____	_____
Número de teléfono:	_____	_____
Dirección de correo electrónico:	_____	_____
N.º de Seg. Soc.:	_____	_____
Fecha de nacimiento:	_____	_____
Empleador:	_____	_____
Fecha de contratación:	_____	_____
Horas trabajadas por semana:	_____	_____

Miembros de la familia (en el hogar)	Fecha de nac.	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

Debe devolver copias de los siguientes documentos junto con esta solicitud. **No envíe documentos originales, ya que no pueden devolverse.** Si necesita copias, estaremos encantados de ayudarle.

Se requiere toda la información del solicitante (y su cónyuge, si corresponde)

- _____ Constancia de ingresos: últimos 3 recibos de sueldo o carta del empleador
 - _____ Última declaración de impuestos federales presentada
 - _____ Últimos 3 resúmenes bancarios completos para cuentas corrientes, ahorros, acciones, bonos, anualidades, etc. que muestran todas las transacciones
 - _____ Carta anual de beneficios del Seguro Social (si corresponde)
 - _____ Documento de beneficios de pensión (si corresponde)
 - _____ Otros documentos solicitados por los asesores financieros:
-

He leído y entiendo las condiciones anteriores para recibir asistencia financiera. También entiendo que el personal de Mary Greeley Medical Center verificará toda la información contenida en esta solicitud, y esto servirá como una divulgación para la verificación de ingresos y como una divulgación para investigar mi historial crediticio. Juro que todas las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y correctas. Si alguna información presentada es falsa, será motivo de denegación de esta solicitud y revocación de cualquier asistencia financiera previa.

_____ **Firma del solicitante**

_____ **Fecha**

Devuelva el formulario y toda la documentación a: **Devolver antes del:** _____

Financial Counselors
Mary Greeley Medical Center
P. O. Box 863
Ames, IA 50010
Teléfono: 515-239-2111
Fax: 515-956-2813
FinancialCounselors@mghmc.com