

SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA

Salud en el hogar Cuidado de hospicio Cuidados paliativos

TO BE COMPLETED BY PROVIDER

FECHA

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SOC

MEDICAL RECORD NUMBER

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL FECHA DE NACIMIENTO TELÉFONO ESTADO CIVIL

DIRECCIÓN ESTADO CÓDIGO POSTAL

¿Está recibiendo Medicaid actualmente? Sí No ¿Ha aplicado para Medicaid? Sí No ¿Dónde? MA NH ME

Fecha de aplicación _____ ¿Necesita ayuda con la aplicación para Medicaid u otro seguro? Sí No

¿Está empleado ahora? Sí No Si contestó que sí, nombre de la empresa y dirección:

Si está empleado, ¿cuál es su ingreso antes de los impuestos y deducciones? \$ _____ Semanal Mensual Anual

¿Es el servicio prestado por nosotros el resultado directo de un accidente de trabajo? Sí No

Recibe usted ingreso regular de: Desempleo Pensión Seguro Social
 Intereses de cuenta(s) bancaria(s) SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)

Si es así, indique las cantidades y las fuentes de ingreso en los pasados 12 meses: \$ _____

INFORMACIÓN DEL ESPOSO/A

NOMBRE DE SU ESPOSO/A APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL FECHA DE NACIMIENTO TELÉFONO

DIRECCIÓN DE SU ESPOSO/A IGUAL QUE LA DEL PACIENTE ESTADO CÓDIGO POSTAL

¿Está su esposo/a trabajando actualmente? Sí No Si contestó que sí, nombre de la empresa y dirección:

Si su esposo/a está trabajando, ¿cuál es su ingreso antes de los impuestos y deducciones? \$ _____ Semanal Mensual Anual

Recibe su esposo/a ingreso regular de: Desempleo Pensión Seguro Social
 Intereses de cuenta(s) bancaria(s) SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)

Si es así, indique las cantidades y las fuentes de ingreso en los pasados 12 meses: \$ _____

DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO DE SU DEPENDIENTE EN EL HOGAR EDAD NOMBRE COMPLETO DE SU DEPENDIENTE EN EL HOGAR EDAD

NOMBRE COMPLETO DE SU DEPENDIENTE EN EL HOGAR EDAD NOMBRE COMPLETO DE SU DEPENDIENTE EN EL HOGAR EDAD

NOMBRE COMPLETO DE SU DEPENDIENTE EN EL HOGAR EDAD NOMBRE COMPLETO DE SU DEPENDIENTE EN EL HOGAR EDAD

Certifico que toda la información reportada aquí es verdadera de acuerdo a mi mejor saber y entender. Entiendo que cualquier tergiversación/distorsión intencional y a sabiendas de la información provista en este formulario me expone a enjuiciamiento bajo las leyes de la Commonwealth de Massachusetts. Entiendo que puedo ser responsable del pago de los servicios prestados.

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE DE LOS GASTOS INCURRIDOS

Para más información por favor
llame al 978-552-4000 y pregunte por un
representante de cuentas de los pacientes

NOMBRE DEL PROFESIONAL CLÍNICO

FECHA

100122