



Fondo Para el Cuidado de los Senos Solicitud De Asistencia Financiera

Fecha De Aplicación _____

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (GARANTE)				
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casada/Pareja Doméstica <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada				
Apellido	Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Ciudadano Estadounidense <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Fecha de Nacimiento	Número de Dependes (Menores de 18 años)	Edades de los Dependes	Número de Teléfono Primario	
Dirección (No usar PO Box)		Ciudad	Estado	Condado Código Postal
Empleador (Si está desempleado, proporcione una carta de apoyo.)				

2. VERIFICACIÓN DE INGRESOS: Indique los ingresos mensuales brutos			
Fuentes de Ingresos Mensuales	Solicitante	Cónyuge (si corresponde)	Ingreso Mensual Combinado
Ingreso Laboral			
Seguridad Social			
Discapacidad			
Desempleo			
Conyugal/Manutención			
Alquiler			
Ingresos por Inversión			
Asistencia Social (es decir: cupones de alimentos)			
Otro(s)			

Total, de ingresos mensuales brutos combinados: \$ _____

¿Tiene seguro médico? Sí o No (circule uno) En caso afirmativo, compañía de seguros: _____

¿Has solicitado Medicaid? Sí o No (circule uno)

3. SIGNATURE
Certifico que toda la información es válida y completa y autorizo a Holland Hospital a solicitar un informe de crédito y / o verificar cualquier información anterior según se considere necesario.
Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Devuelva la solicitud completa con toda la verificación a:

Holland Hospital
 Servicios de Salud del Seno – Enfermera de Enlace
 844 Washington Ave., Suite 2100
 Holland, MI 49423-4918
 o Fax to: 616-396-2453 / email: ajones@hollandhospital.org
 hollandhospital.org