

Solicitud de Asistencia Financiera del Fondo para el Cuidado de los Senos

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (GARANTE)

FECHA DE SOLICITUD _____

Estado Civil Soltero/a Casado/Pareja Divorciado/a Separado/a

Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre Inicial _____

Número de teléfono principal (_____) _____ Ciudadano Estadounidense Sí No

Fecha de nacimiento _____ No. de Dependes (Menores de 18 años) _____ Edades de los dependientes _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Condado _____ Código postal _____
(No enumere apartado postal)

Lugar de empleo _____

2. VERIFICACIÓN DE INGRESOS Por favor, proporcione el ingreso mensual bruto

Fuentes de Ingresos lensuales	Solicitante	Esposo (si procede)	Ingresos Mensuales Combinados
Ingresos Laborales	\$	\$	\$
Seguridad Social	\$	\$	\$
Discapacidad	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$
Manutención Conyugal/de los Hijos	\$	\$	\$
Propiedad de Alquiler	\$	\$	\$
Ingresos por Inversiones	\$	\$	\$
Asistencia Estatal (es decir, cupones de alimentos)	\$	\$	\$
Otros (s)	\$	\$	\$
Ingreso mensual bruto combinado total			\$

¿Tiene seguro médico? Sí o No (círculo uno)

En caso afirmativo, compañía de seguros: _____

¿Ha solicitado Medicaid? Sí o No (círculo uno)

3. FIRMA

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 _____

Una vez Completada Devuelva la Solicitud con toda la verificación a:
Holland Hospital Breast Care
844 Washington Ave, Entrance C, Suite 2100
Holland MI 49423
 Phone: (616) 355-3865
 Fax: (616) 396-2453