



718 Teaneck Road
Teaneck, NJ 07666
Departamento de Asesoría Financiera
(201)833-3157

Formulario de solicitud de asistencia financiera

Cuenta n.º: _____ Fecha del servicio: _____

Información personal

1) Nombre del paciente (apellido, nombre): _____

2) Fecha de nacimiento: _____ 3) N.º de Seguridad Social: _____

4) Domicilio: _____

5) Teléfono (n.º preferido): _____

6) Nombre del garante: _____ 7) Fecha de nacimiento del garante: _____

8) Relación del garante con el paciente: _____

Tamaño de la familia y criterios de ingresos

9) Tamaño de la familia: _____ 10) Fuente de ingresos del hogar: _____

11) Ingresos brutos anuales totales: _____

12) Ingresos comerciales netos anuales totales (si es trabajador independiente): _____

13) Documentación utilizada para determinar ingresos: _____

14) ¿La solicitud es para un saldo después del seguro? _____

15) Si lo es, nombre de la compañía aseguradora: _____

Certificación del solicitante

Certifico que la información anterior concerniente al tamaño de mi familia y los ingresos es verdadera y correcta.

Firma del paciente o garante: _____ Fecha: _____