

**Programa de Asistencia Financiera  
Formulario de solicitud**



**Información del paciente\***

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
SSN: \_\_\_\_\_

**Información del esposo(a) (si corresponde):**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
SSN: \_\_\_\_\_

*\* Este documento debe ser completado por los representantes legales del paciente si el paciente es un menor de edad.*

**Estado civil (seleccione uno): Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Pareja de hecho(a)**

Empleador: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

**Información de familia:**

Enumere a todas las personas en la unidad familiar, incluidos los padres (en el caso de menores de 18 años), cónyuge, pareja de hecho registrada, hijos dependientes menores de 21 años o cualquier edad si están discapacitados; parientes cuidadores/padres/hijos dependientes.

| Nombre:  | Edad: | Relación con usted: |
|----------|-------|---------------------|
| 1. _____ | _____ | _____               |
| 2. _____ | _____ | _____               |
| 3. _____ | _____ | _____               |
| 4. _____ | _____ | _____               |
| 5. _____ | _____ | _____               |
| 6. _____ | _____ | _____               |

**Información de ingresos:**

Ingreso mensual bruto del paciente: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual bruto del esposo(a): \_\_\_\_\_

Otro tipo de ingreso: \_\_\_\_\_ Pensión alimenticia / Soporte de pagos: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, acepto que NorthBay Health verifique mi trabajo y crédito, así como los de mi esposo(a), para determinar mi elegibilidad para Asistencia Financiera. Entiendo que se me podrá solicitar que proporcione pruebas de la información solicitada.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del esposo(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Devuelva este formulario completado a la mesa de registro o por correo a NorthBay Health, Financial Counseling Unit, 1200 B. Gale Wilson Blvd., Fairfield, CA 94533.*