

De Silva Medical Group

PO Box 479, Villa Rica, GA 30801

(844) 475-3299

Fax: (404) 939-1848

contact@desilvamedgroup.com

www.desilvamedgroup.com

Complete este formulario por completo y envíelo a De Silva Medical Group o a su sucursal más cercana, por fax o correo al número o dirección arriba, en esta forma o mande correo electrónico a financialassistance@desilvamedicalgroup.com

Solicitud de Asistencia Financiera

Información del Paciente

- Nombre Completo: _____
- Fecha de Nacimiento: _____
- Número de Teléfono: _____
- Número de Teléfono Celular: _____
- Dirección de Correo Electrónico: _____
- Dirección Domiciliaria: _____
- Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Información del Hogar

- Número de Personas en el Hogar: _____
- Dependientes (Nombres y Edades): _____

Si necesita más espacio, escríbalo en la parte posterior de la última página de esta solicitud.

- Estado Civil: ■ Soltero ■ Casado ■ Divorciado ■ Viudo

Empleo e Ingresos • Nombre del Empleador: _____

• Dirección del Empleador: _____

• Puesto de Trabajo: _____

• Ingreso Bruto Mensual: _____

• Otros Ingresos del Hogar (cónyuge, dependientes, etc.): _____

• Ingreso Mensual Total del Hogar: _____

Gastos

• Alquiler/Hipoteca Mensual: _____

Alquiler/Hipoteca Pagado a: _____

• Servicios Públicos (electricidad, agua, gas, etc.): _____

• Comida/Supermercado: _____

• Transporte: _____

• Gastos Médicos: _____

• Otros Gastos: _____

Información del Seguro

• ¿Usted o alguien en su hogar tiene seguro médico? ■ Sí ■ No

Si responde sí, ¿quién Sí tiene seguro?

Si responde no, omita las siguientes dos preguntas.

• Proveedor de Seguro: _____

• Número de Póliza: _____

Asistencia Solicitada

- ☐ Asistencia Financiera Completa
- ☐ Escala móvil (sliding scale)
- ☐ Plan de pago

Si indicó plan de pago, ¿cuál es el arreglo de pago deseado?

Explique por qué está solicitando asistencia financiera:

Documentación Requerida

Adjunte copias de lo siguiente (si aplica):

- Comprobante de ingresos (talones de pago, declaración de impuestos, beneficios de desempleo)
- Comprobante de residencia (factura de servicios públicos, contrato de alquiler, carta del propietario con quien vive — se requiere al menos uno)
- Tarjeta(s) de seguro (si corresponde)
- Comprobante de identidad (licencia de conducir, identificación estatal, identificación militar, pasaporte, identificación consular, identificación universitaria o escolar)

Certificación y Firma Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que mentir en esta solicitud puede resultar en la negación o terminación del programa de asistencia financiera y posiblemente en una prohibición permanente del programa.

Firma

Firma del Solicitante

Nombre Completo del Solicitante (en letra de molde)

Fecha de firmar