



Solicitud de atención de caridad de Sierra Vista Hospital

¿Solicitó atención de caridad anteriormente? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo la solicitó? _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del cónyuge _____ Número de hijos **dependientes** _____ Edades de los niños _____

Su empleador _____ ¿Cuánto tiempo ha trabajado con su empleador? _____

Empleador anterior (si ha trabajado menos de 2 años con su empleador actual) _____

¿Con qué frecuencia le pagan? _____ Salario bruto (por período de pago) _____

Empleador del cónyuge _____ ¿Cuánto tiempo ha trabajado con su empleador? _____

Empleador anterior del cónyuge (si ha trabajado menos de 2 años con su empleador actual) _____

¿Con qué frecuencia le pagan a su cónyuge? _____ Salario bruto (por período de pago) _____

Fecha en la que se convirtió en residente del condado de Sierra _____ USTED: ☐ **Renta**

☐ **Es propietario** de una casa

☐ **Es propietario** de una casa rodante

Debe proporcionar una prueba de ingresos o una verificación de asistencia financiera.

Necesitamos copias de **DOS (2)** de los siguientes documentos:

☐ Identificación con foto (copia)

☐ Declaración de impuestos actual **Verificación del Seguro Social**

☐ Verificación del Seguro Social

☐ Estado de cuenta bancaria que muestre el depósito directo

☐ Comprobantes de pago/talones de cheque (mínimo 2 comprobantes de pago)

☐ Declaración jurada (declaración notariada) de la(s) persona(s) que le proporciona(n) apoyo financiero

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es completa y precisa.

Firma del solicitante _____ Fecha _____ / _____ / _____

Para uso exclusivo del hospital: Salario bruto anual: _____ Número total de miembros de la familia: _____
% de atención de caridad aprobado: _____

Firma del director _____ Fecha: _____ / _____ / _____