



Solicitud de ayuda financiera

Instrucciones para completar la "Solicitud de ayuda financiera":

Para obtener ayuda financiera, se necesita una "Solicitud de ayuda financiera" completa y un comprobante de ingresos de los últimos doce meses, correspondientes a la persona responsable y a su cónyuge. El comprobante de ingresos se determina con *cualquiera* de los siguientes documentos:

1. Talones de cheques de nómina de los últimos 2 meses.
2. Declaración de impuestos del Internal Revenue Service (IRS, Servicio de Impuestos Internos) más reciente.
3. Registros de compensación por desempleo.
4. Carta de apoyo de parte de las personas que lo ayudan a satisfacer las necesidades básicas.
5. Notificación de beneficios de programas del Gobierno.

Todas las solicitudes se revisan semanalmente. Las cartas de aprobación se enviarán en cuanto se tomen las determinaciones. Todas las cartas de aprobación de ayuda financiera estarán acompañadas de un "Acuerdo de plan de pago". Si no se completa y devuelve el "Acuerdo de plan de pago" o no se cumple con este acuerdo, se tomarán medidas de cobranza.

Si tiene alguna pregunta relacionada con el proceso de solicitud o con la Política de Ayuda Financiera puede comunicarse con la Oficina Comercial de Northwest Pathology, PS al 360-671-5905.

Muchas gracias.



Solicitud de ayuda financiera
 Northwest Pathology, PS
 3614 Meridian Street, Ste 100 Bellingham WA 98225
 (360) 671-5905

Nombre del paciente: _____
N.º de cuenta: _____

PARTE RESPONSABLE Y CÓNYUGE

Cantidad de miembros de la familia (incluidos usted, su cónyuge y los hijos dependientes menores de 21 años) que viven en la casa: _____			
Nombre del solicitante:		N.º de Seguro Social:	
Nombre del cónyuge:		N.º de Seguro Social:	
Dirección postal:			
Ciudad, estado y código postal:			
N.º de teléfono		N.º de teléfono celular	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL SOLICITANTE			NÚMERO DE TELÉFONO COMERCIAL
PUESTO/CARGO	INGRESO BRUTO MENSUAL	INGRESO NETO MENSUAL	ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO ACTUAL
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE			NÚMERO DE TELÉFONO COMERCIAL
PUESTO/CARGO	INGRESO BRUTO MENSUAL	INGRESO NETO MENSUAL	ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO ACTUAL

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

NOMBRE Y AÑO DE NACIMIENTO DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA (UTILICE LAS LÍNEAS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN)	CANTIDAD TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA	¿ALGUNA OTRA PERSONA CONTRIBUYE ECONÓMICAMENTE CON LA FAMILIA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, MONTO \$_____

GASTOS MENSUALES

ACTIVOS (PROPIOS)	VALOR	PASIVOS (DEUDAS)	A QUIÉN	PAGO MENSUAL	SALDO	
CASA		HIPOTECA/ ALQUILER				
VEHÍCULO MARCA MODELO AÑO		PRÉSTAMO BANCARIO				
		PRÉSTAMO PARA VEHÍCULO				
		TARJETAS DE CRÉDITO:				
		OTROS PAGOS MENSUALES (ENUMERE)				
CUENTAS BANCARIAS/OTRAS		PAGOS MENSUALES POR ATENCIÓN MÉDICA				
		COMIDA				
		SERVICIOS PÚBLICOS				
			TOTAL			

Certificación: Certifico que, a mi leal saber y entender, la información mencionada anteriormente es correcta. Asimismo, presentaré una solicitud para recibir cualquier ayuda que pudiese estar disponible para pagar mis facturas médicas, tomaré cualquier medida razonable que sea necesaria para obtener dicha ayuda y asignaré o pagaré a Northwest Pathology, PS el monto recuperado por los gastos de patología. Si alguno de los datos que he proporcionado resulta incorrecto, entiendo que Northwest Pathology, PS puede volver a evaluar mi estado financiero y tomar cualquier medida que corresponda.

Fecha _____

Firma _____

Para uso exclusivo de NWP: Autorizado por _____ Fecha _____