



## Formulario de Asistencia Financiera

### Información de Paciente/Guarante

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de Paciente: \_\_\_\_\_

Estado Civil de Paciente: \_\_\_\_\_ **Número de Registro Medico de Paciente/ Numero ID de Guarante** \_\_\_\_\_  
*Soltero(a) o Casado(a)*

Nombre del garante: \_\_\_\_\_

Dirección de garante: \_\_\_\_\_  
*Calle Ciudad Estado y Código Postal*

**Nota: Si está casado(a), la información financiera y la firma de su cónyuge es necesario para procesar su solicitud.**

### Información del Cónyuge

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Calle Ciudad Estado y Código Postal*

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información de Hogar

Número de Dependientes: \_\_\_\_\_

Total de ingresos mensuales de su hogar (incluyendo los ingresos de Seguro Social): \_\_\_\_\_

Valor de los activos de hogar adicionales fuera de la residencia primaria:  
(Ahorros, Cheques, Fondos Mutuos, Acciones, Propiedad Alquilada, Pension por Divorcio, etc.) \_\_\_\_\_

¿Su situación de desempleo como resultado de COVID 19? \_\_\_\_\_

## Documentación Necesaria

Incluya copias de lo siguiente para usted y su cónyuge:

- Declaración de impuestos más reciente, incluyendo formularios W-2 y las tablas correspondientes.
- Los dos últimos comprobantes de sueldo
- Verificación por escrito de otros ingresos recibidos (por ejemplo, manutención de hijos, seguro social, pensión por divorcio)
- O
- Carta de su empleador verificando el ingreso (incluyendo el número telefónico y la dirección del empleador)
- Una carta o comentario declarando los recursos que tiene para pagar sus gastos si no tiene ingresos /sueldo**

Si indicó que está desempleado debido a COVID-19, incluya también:

- La carta de despido/terminación y/o la carta de aprobación de beneficios de desempleo.

## Comentarios Adicionales

## Reconocimiento

Por este medio reconozco que la información que proporcioné es verdadera y exacta al mejor de mi conocimiento.

Doy autorización al Sistema de salud para verificar alguna o toda información dada y también autorizo un informe de crédito de consumidor si es necesario.

Firma del Paciente/Garante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_

Firma del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_/\_\_/\_\_

## Instrucciones de Envío / Información de Contacto

Envío los Documentos a:

PRMO Self Pay  
5213 South Alston Ave Durham, N.C. 27713

Información de Contacto: 919-620-4555 o 800-782-6945

**Nota: por favor permita 4-6 semanas para procesar esta solicitud**

## **Instrucciones para Completar el Formulario de Asistencia Financiera de Duke University + Health System +**

### **Sección 1. Información del Paciente/Garante**

*Nombre del Paciente:* Escriba claramente en el espacio en blanco, el nombre, segundo nombre y el apellido del paciente o garante.

*Dirección del Paciente:* Escriba claramente en el espacio en blanco, su dirección, incluyendo la ciudad, el estado y el código postal.

*Fecha de Nacimiento del Paciente:* Escriba claramente en el espacio en blanco su fecha de nacimiento.

*Dirección del paciente:* Escriba claramente en el espacio en blanco, su dirección, incluyendo la ciudad, el estado y el código postal.

*Estado Civil de Paciente:* Escriba claramente en el espacio en blanco, soltero(a) o casado (a).

*Número de Registro Medico de Paciente/Número de ID del Garante:* Escriba claramente el Número de Registro Medico que Duke Health ha emitido al paciente o el Número de ID del Garante si la solicitud es para los saldos de su dependiente.

*Dirección del Garante:* Escriba claramente en el espacio en blanco la dirección donde vive incluyendo la ciudad, el estado y el código postal.

### **Sección 2. Información de Cónyuge (puede omitir esto si usted es soltero(a))**

*Nombre:* Escriba claramente en el espacio en blanco el nombre, segundo nombre y el apellido del cónyuge de paciente o garante.

*Dirección:* Escriba claramente en el espacio en blanco la dirección donde su cónyuge reside o escriba "la misma" si usted y su cónyuge residen en la misma dirección.

*Fecha de Nacimiento:* Escriba claramente en el espacio en blanco la fecha de nacimiento de su cónyuge.

*Número de Registro Medico:* Si su cónyuge es un paciente de Duke Medicine por favor escriba claramente su número de registro médico.

### **Sección 3. Información Familiar**

*Número de Dependientes:* Escriba claramente el número de dependientes, que usted declara en sus impuestos. (niños o adultos a los que usted financieramente le proporciona más del 50% de sus gastos de mantenimiento).

*Total de ingresos mensuales de su hogar:* Escriba claramente la cantidad total de ingresos que usted, su cónyuge y sus dependientes reciben mensualmente (incluyendo pero no limitado a los salarios, las ganancias de los negocios, ingresos de propiedades de alquiler, ingresos de seguridad social (SSI/SSDI), ingresos de inversiones, herencias, fideicomisos, pensiones por divorcio, manutención de niños, ayuda para niños dependientes, etc.)

*Activos Totales:* Escriba claramente el valor de los activos de hogar adicionales fuera de la residencia primaria. (incluyendo, pero no limitado a: Ahorros, Cheques, Fondos Mutuos, Acciones, Propiedad Alquilada, etc.)

### **Documentación Necesaria**

Los documentos que se indican en esta sección son necesarios para ayudarnos a determinar si usted califica para un descuento de caridad bajo nuestra póliza de asistencia financiera. Si usted no tiene, o no puede proporcionar los documentos requeridos, por favor incluya una explicación de por qué.

### **Comentarios**

Utilice esta sección para compartir cualquier información adicional que desea ser considerada en la evaluación de su solicitud de asistencia financiera.

### **Reconocimiento**

*Firma de Paciente/Garante:* Firme y escriba la fecha.

*Firma del cónyuge:* Haga que su cónyuge (si es casado(a)) firme y escriba la fecha.