

Solicitud de ayuda financiera

Patient/Guarantor Information

Nombre del paciente: _____

Nombre del garante (si el paciente es menor de 18 años): _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad: _____ Estado/Código Postal _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Número de expediente médico del paciente: _____

Estado civil actual: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Spouse Information

Nombre del cónyuge: _____

Dirección del cónyuge (si es diferente de la del paciente): _____

Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: _____

Número de expediente médico del cónyuge: _____

Nota: Si está casado, se requiere la información financiera y la firma del cónyuge para que la solicitud pueda procesarse.

Household Information

Tamaño de la familia/dependientes (incluido usted y su cónyuge): _____

Escriba el nombre de los dependientes, la fecha de nacimiento y el número de registro médico (si corresponde)

Ingresos familiares (brutos): _____

Los ingresos se definen como salarios, beneficios de negocios, ingresos de alquileres de propiedades, ingresos del seguro social [SSI/SSDI], ingresos de inversiones, jubilación/pensión, pensión alimenticia, etc.

Employment Information

Paciente/Garante

- Empleado
- Trabajador independiente
- Desempleado
- Estudiante de tiempo completo
- Depende de otros
- Jubilado

Cónyuge

- Empleado
- Trabajador independiente
- Desempleado
- Estudiante de tiempo completo
- Depende de otros
- Jubilado

Envíe una prueba de los ingresos mensuales de la familia aportando uno de los documentos que se indican a continuación. Si tiene dependientes, debe presentar una declaración de impuestos.

(comprobantes de sueldo, SSI/incapacidad, W2/jubilación/pensión, declaraciones de impuestos, carta del empleador).

Si no tiene ingresos, explique cómo paga sus gastos diarios:

Marque la casilla si autoriza que actualicemos su información demográfica (dirección, estado civil, etc.)



Firma del paciente o del garante: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____

Envíe la solicitud de ayuda financiera completada a:

Fax: 919-620-1241
Correo electrónico: PRMOSelfPayReimb@dm.duke.edu
Por correo: PRMO Self-Pay
5213 S. Alston Ave.
Durham, NC 27713

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

El proceso tarda entre 4 y 6 semanas

Additional Comments