

Solicitud por Dificultad Financiera

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre del fiador: _____ Número de cuenta del fiador _____

Domicilio: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono primario: _____ Teléfono secundario: _____

Tipo de exención que está solicitando por dificultad financiera:

1 Consulta sin cargo por una vez

Reducción del balance vencido

Otro (por favor descríballo)

Detalle de las dificultades: Marque todos los cuadros que se relacionan con las dificultades económicas de usted y su familia:

No tengo un hogar donde vivir o estoy atrasado en el pago de la renta o hipoteca por más de 30 días y tengo un aviso de desalojo.

Por favor provea copia de cualquier aviso del dueño de la propiedad (rentero), banco o compañía hipotecaria.

Tengo un aviso de desconexión de la compañía de (gas, electricidad, aceite o agua). Uno o más de mis servicios han sido desconectados o uno o más de las compañías de servicios no me dan servicio por que no puedo pagar. (Si usted tiene muchas cuentas pendientes de pagar y usted es deshabilitado o es invierno y ellos no pueden desconectar, marque este cuadro.)

Por favor provea una copia de su aviso de desconexión.

Estoy desempleado. **Por favor provea una copia del documento de desempleo.**

Otro (por favor explique) _____

Yo certifico que he leído o me han leído la información de esta solicitud. Yo entiendo mis responsabilidades. Yo entiendo que esta no es una garantía de exención. Yo certifico bajo pena de perjurio que la información en esta solicitud y cualquier documento agregado esta correcto y completo en el mejor de mi entendimiento.

Su firma o la firma de su representante en esta solicitud Certifica que la información en esta forma es correcta y completa en el mejor de su entendimiento.

Si usted no está en el Plan de Vecino Sano (HNP), o sus circunstancias han cambiado y usted es elegible para más descuentos que le dieron previamente, una nueva solicitud del Plan de Vecino Sano (HNP) y documentación de soporte deberá acompañar esta solicitud.

Firma del paciente (Padre o tutor si es menor de 18)

Fecha

SUMITE TO CFO FOR REVIEW