



121 Drew Avenue SE, Madelia, MN 56062

Phone: 507-642-3255

## SOLICITUD DE ATENCIÓN CARITATIVA

Nombre: \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Paciente)

Nombre: \_\_\_\_\_ Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Garante/Responsable)

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
(Garante/Responsable)

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de hijos a cargo: \_\_\_\_\_ Número de miembros en el hogar: \_\_\_\_\_

### INGRESOS MENSUALES

Empleador de paciente: \_\_\_\_\_ Cónyuge/Padre Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Cuánto tiempo: \_\_\_\_\_ Salarios brutos \$ \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo: \_\_\_\_\_ Salarios brutos \$ \_\_\_\_\_  
Trabajado Independiente: S or N Ingreso mensual: \_\_\_\_\_ Trabajado Independiente: S or N Ingreso mensual: \_\_\_\_\_  
Desempleado? \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Desempleado? \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
Compensación por desempleo. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Compensación por desempleo. \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Seguridad de Ingreso Suplementario \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Seguridad de Ingreso Suplementario \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Compensación al trabajador \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Compensación al trabajador \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Manutención de los hijos/Pensión alimenticia \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Manutención de los hijos/Pensión alimenticia \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Asistencia Pública/Vivienda/Cupones de Alimentos \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Asistencia Pública/Vivienda/Cupones de Alimentos \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Otros Ingresos \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Otros Ingresos \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Fuente: \_\_\_\_\_

**TOTAL \$** \_\_\_\_\_

**TOTAL \$** \_\_\_\_\_

Se deben proporcionar los siguientes documentos para el paciente y el garante:

- Copia de su Declaración de Impuestos Federales anterior
- Copia de sus dos talones de pago más recientes para cada adulto trabajador en su hogar
  - O
- Un Formulario de "Respuesta de verificación de empleo" del condado de residencia

*La información anterior se mantendrá confidencial y solo se utilizará para determinar la elegibilidad para el descuento. El abajo firmante certifica que la información ha sido leída cuidadosamente y es verdadera y correcta a su leal saber y entender.*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Solo para uso en oficina

Approved

Denied

Patient Account#: \_\_\_\_\_ Account Balance: \$ \_\_\_\_\_ Amount of Discount: % \_\_\_\_\_