



SOLICITUD DE ATENCIÓN CARITATIVA

121 Drew Avenue SE, Madelia, MN 56062

Phone: 507-642-3255

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 bruto \$ _____ 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: _____ 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
- 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: % _____