



**Beaufort Memorial**  
HOSPITAL



*affiliated with*  
**Duke University**  
**Health System**  
*in Heart and Cancer*

**Solicitud de Asistencia Financiera**

Completa este formulario y envíelo a:  
BEAUFORT MEMORIAL HOSPITAL  
Atención: ASISTENCIA FINANCIERA  
955 Ribaut CARRETERA  
Beaufort, SC 29901

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE GARANTE: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ postal: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

CUENTA #: \_\_\_\_\_

GARANTE SS #: \_\_\_\_\_

FECHA DE SERVICIO: \_\_\_\_\_

El solicitante/paciente tiene seguro medico?: ( ) si ( ) no

El solicitante/paciente tiene empleo?: ( ) si ( ) no

Si usted esta desempleado, Cual fue el ultimo dia que trabajo? \_\_\_\_\_

El solicitante/paciente recibe desempleo? ( ) si ( ) no

Si la respuesta es no, Aplico usted para desempleo?: ( ) si ( ) no

Tiene el solicitante 65 anos o mas? ( ) si ( ) no

Tiene el solicitante 19 anos o menos? ( ) si ( ) no

Es el solicitante legalmente ciego o incapacitado?: ( ) si ( ) no

**Indique las personas que viven en su hogar (incluyendose usted) y que dependen de usted economicamente.**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## RESUMEN FINANCIERO

### INGRESOS MENSUALES GASTOS

Salario \$ \_\_\_\_\_  
(Despues de los taxes y deducciones)  
Retiro \$ \_\_\_\_\_  
SS/Incapacidad \$ \_\_\_\_\_  
Manutencion de ninos o  
Pension Conyugal \$ \_\_\_\_\_  
Estampillas de comida \$ \_\_\_\_\_  
Desempleo \$ \_\_\_\_\_  
Otros ingresos \$ \_\_\_\_\_  
INGRESO TOTALES \$ \_\_\_\_\_

### GASTOS MENSUALES DETALLADOS

Casa o Renta \$ \_\_\_\_\_  
Electricidad \$ \_\_\_\_\_  
Agua \$ \_\_\_\_\_  
Telefono \$ \_\_\_\_\_  
Carros \$ \_\_\_\_\_  
**SEGUROS DE:**  
Casa \$ \_\_\_\_\_  
Carro \$ \_\_\_\_\_  
Medico \$ \_\_\_\_\_  
De vida \$ \_\_\_\_\_  
Comida \$ \_\_\_\_\_  
Prestamos \$ \_\_\_\_\_  
Otros billes \$ \_\_\_\_\_  
GASTROS TOTALES \$ \_\_\_\_\_

Explique brevemente por qué piensa que usted es financieramente incapaz de pagar el saldo de su cuenta pendiente en Beaufort Memorial Hospital.

---

---

---

\*\* Prueba de ingresos (declaraciones de impuestos, talones de pago, etc) pueden ser requeridos antes de la solicitud sea aprobada.

Al firmar abajo yo certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. La información falsa, inexacta o incompleta puede dar lugar a que esta solicitud sea denegada.

\_\_\_\_\_  
Garante Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma