



Financial Application
 Gillette Children's Specialty Healthcare
 Attention: Patient Accounting- Nancy F
 200 East University Avenue
 St. Paul, MN. 55101

Nombre del/ de la paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha de la solicitud _____

Persona responsable por el pago/Garante _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ NumberNúmero de Seguro Social _____

Nombre del/ de lka cónyuge _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Nombres y edades de todas las personas que dependen económicamente de usted y viven con usted.

_____ edad _____ edad

_____ edad _____ edad

_____ edad _____ edad



Por favor conteste a las siguientes preguntas de la forma más detallada posible. Adjunte una copia de su declaración federal de impuestos más reciente, y una copia de su último talón de cobranza. Si está desempleado actualmente, deberá proveer documentación que muestre la cantidad de dinero que recibirá de la agencia de desempleo. Sin la información acerca de los impuestos, o documentación acerca de su situación laboral, su solicitud no será procesada.

Su lugar de trabajo _____

Dirección del trabajo _____

Salario por hora _____ Número de horas que trabaja por semana _____ Zafral? _____

Otros descuentos que se le hagan a su salario además de impuestos. _____

Lugar de trabajo del/de la cónyuge _____

Dicrección del trabajo _____

Salario por horas _____ Numero de horas que trabaja por semana _____ Zafral? _____

Otros descuentos que se le hagan a su salario ademas de impuestos. _____

Otras fuentes de ingreso, indique la suma en dólares

Seguro Social _____ Ganancias provenientes de la renta de una propiedad _____

Pensión o Retiro _____ Intereses,/Dividendos _____

Pensión alimenticia, Manutención, o apoyo exonómico. _____ Otro _____

AFDC/ Apoyo financiero estatal o Federal _____

Es usted propietario de su casa o inquilino _____ Durante cuánto tiempo ha vivido en esta dirección _____

Posee usted alguna otra propiedad inmueble _____ Valor de los bienes raíces, sin incluir la casa en la que vive. _____

Posee usted un automovil _____ Si la respuesta es sí, indique la marca, modelo, año y pago mensual (si es que lo hay) _____

Indique los vehiculos recreacionales que posea, (casa rodante, motos para la nieve, vehículos todo terreno, etc) y el pago mensual (si es que lo hay) _____

Gastos Mensuales

Suma del pago de el alquiler o hipoteca _____

Impuestos que paga por su propiedad (si no están incluidos en el pago mensual) _____

Calefacción (monto presupuestado) _____

Electricidad (monto presupuestado) _____

Agua/ Saneamiento _____

Telefono Casa _____ Celular _____

Medicamentos Recetados/ Suministros Médicos

Seguro de Automóviles _____

Seguro Médico (si ya no está deducido de su salario) _____

Seguro de su propiedad o seguro de inquilinos _____

Póliza del seguro de vida _____

Pagos de clases/programas educativos (especifique afajo)

Otro (especifique abajo)

Monthly Installment payments Cuotas mensuales en pagos

Acreedor	Saldo por pagar	Pago mensual
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Piensa usted presentar una demanda o ha presentado una demanda o reclamo de seguros en contra de alguien por cause de un accidente o lesión? _____

Si lo ha hecho, Nombre , dirección y teléfono del abogado.

Tiene usted juicios pendientes en su contra? _____

Enumere los fallos que haya en su contra _____

Ha solicitado Asistencia Médica _____ Condado al que presentó la solicitud _____
Si presentó solicitud pero ésta fue denegada, indique cuándo. _____



Gillette Children's Specialty Healthcare le ha brindado a usted un servicio, y no ha recibido el pago total por éste. Este es el último intento de cobro que recibirá por parte de Gillette Children's Specialty Healthcare. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud le solicitamos que tome acción a la brevedad llamando al número aquí arriba. Tenemos intérpretes disponibles.

Signature _____ Date _____

Spouse's Signature _____ Date _____

Para que esta solicitud sea tenida en cuenta, deberá ser presentada junto a toda la información que se le solicita. Se le informará por correo si ésta ha sido aprobada o denegada. Los beneficios de este programa son para UNA SOLA OCASIONI. Si su solicitud no fuera aprobada usted podrá solicitar beneficios otra vez, si hubiera algún cambio en su situación financiera.



ANTES DE REGRESAR ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD ASEGURESE DE:
Firmar y fechar la solicitud
Incluir sus talones de pago más recientes Incluir pruebas de sus beneficios de Seguro Social
Incluir su formulario Federal de Impuestos más reciente Incluir prueba de sus beneficios por discapacidad
Incluir prueba de desempleo y beneficios por desempleo