



# SOLICITUD PARA AYUDA FINANCIERA

Por favor presente en persona, por teléfono o por correo a: 7520 E. Independence Blvd. Suite 300  
Charlotte, NC 28227

Nombre del paciente: (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)      Número de seguro social #      PID#

Dirección del paciente      Ciudad/Estado      Código postal

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_      Estado Civil:       Casado/a    Soltero/a    Viudo/a  
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)      Número de teléfono       Separado/a    Divorciado/a

**Información del empleador:**      Paciente empleado/a?    Si    No      Si está casado, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_  
¿Cónyuge empleado?    Si    No

Empleador del paciente: \_\_\_\_\_      Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_

**Ingresos: Por favor proporcione el ingreso para cada una de la persona(s) siguiente en su hogar:**

Paciente:    Tiempo Completo    Tiempo Parcial -Total de horas/semana= \_\_\_\_\_      \$ \_\_\_\_\_    Hora    Semana    Quincena    Mes    Año

Cónyuge:    Tiempo Completo    Tiempo Parcial -Total de horas/semana= \_\_\_\_\_      \$ \_\_\_\_\_    Hora    Semana    Quincena    Mes    Año    N/A

**Complete solo si el paciente es un menor de edad (18 años y menos):**

Madre del paciente o tutor legal:  
 Tiempo Completo    Tiempo Parcial -Total de horas/semana= \_\_\_\_\_      \$ \_\_\_\_\_    Hora    Semana    Quincena    Mes    Año

Padre del paciente o tutor legal:  
 Tiempo Completo    Tiempo Parcial -Total de horas/semana= \_\_\_\_\_      \$ \_\_\_\_\_    Hora    Semana    Quincena    Mes    Año

**Ingreso Total Anual del Hogar:** \$ \_\_\_\_\_      **Total De Cuentas Medicas Pendientes:** \$ \_\_\_\_\_  
(Copias de las facturas medicas requieren un plazo de 2 semanas)

**Verificación de ingresos:** La documentación aceptable se indica a continuación. Por favor, envíe copias requeridas dentro de 2 semanas.

- Envío de cheque de pago       Verificación del empleador       Formularios W-2 del IRS
- Estados de cuentas bancarias       Ayuda gubernamental (cupones de alimentos, CDIC, Medicaid, TANF)
- Declaración de impuestos       Cartas del Seguro Social, Indemnización de trabajadores o Determinación de indemnización por desempleo
- Otro \_\_\_\_\_       Ninguna (Formulario Certificado Escrito necesario)

**Familiares: Proporcione la cantidad total de personas en la casa del paciente:** \_\_\_\_\_  
Nota: Este número solo debe incluir el paciente, el cónyuge del paciente y a los dependientes del paciente. Si el paciente es un menor de edad, incluir el paciente, los padres y los dependientes de los padres (si los hay).

Comprendo que Touchstone puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de ayuda financiera ("Solicitud") con relación a la evaluación de Touchstone de esta Solicitud y, mediante mi firma, por la presente autorizo a mi empleador o a cualquier persona indicada en esta Solicitud a certificar o proporcionar detalles adicionales con respecto a la información proporcionada en esta Solicitud. Además, autorizo a Touchstone a solicitar informes de agencias de información de crédito y de la Administración de Seguro Social. Certifico que las declaraciones realizadas en esta Solicitud son verdaderas y correctas, a mi leal saber y entender, y están hechas de buena fe. Soy consciente de que la falsificación o tergiversación de la información en esta Solicitud puede tener como resultado el rechazo del ayuda financiero. También comprendo que algunos médicos y proveedores pueden no ser empleados de Touchstone. Comprendo que puedo recibir facturas por separado de esos proveedores y esta solicitud de ayuda financiera no se aplicará a dichos saldos adeudados.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de la parte responsable      Nombre en letra de imprenta      Fecha

**For Internal Use Only:**

Application information obtained by Touchstone Employee in person or over the phone, **no patient signature required.**      \_\_\_\_\_  
Touchstone Employee Name Printed      Date

Notes Re: Income/Household Size: \_\_\_\_\_

Patient is verified Community Care Program?    NO    YES    Program Name: \_\_\_\_\_