



Nombre(s) de la paciente/Pt Name(s):

Nos. de cuenta/Account No.(s):

Solicitud de Asistencia Financiera del Paciente

Parte Responsable/Responsible Party		Cónyuge/pareja/Spouse/Significant Other			
Nombre/Name		Nombre/Name			
Fecha de nacimiento/DOB		Fecha de nacimiento/DOB			
Dirección postal/Address		Dirección postal/Address			
Ciudad/Estado/Código postal/City/State/Zip		Ciudad/Estado/Código postal/City/State/Zip			
Teléfono particular/Ph #		Teléfono particular/Ph #			
Empleador/Employer		Empleador/Employer			
Teléfono del empleador/#		Teléfono del empleador/#			
Cantidad de dependientes		Cantidad de dependientes			
		Monthly Income	Ingreso mensual		
			Ingreso mensual		
Tipo de ingreso/Income Type		Parte responsable	Cónyuge		
Sueldo/Salario/Salary/Wages		\$	\$		
Discapacidad/SSI/Indemnización por accidentes de trabajo/Desempleo Disability/SSI/Work Comp/Unemployment		\$	\$		
Seguro Social/Jubilación/Renta vitalicia/Social Security/Pension/Annuity		\$	\$		
Pensión alimenticia/Child Support/Alimony		\$	\$		
Estampillas de alimentos/Food Stamps		\$	\$		
Propiedad en alquiler/Rental Property		\$	\$		
Intereses/Interest income		\$	\$		
Otro/Other		\$	\$		
Total		\$	\$		
Assets					
Todas ctas de cheques/checking	\$	Todas ctas de ahorros/savings	\$	Ctas de jubilación/retirement	\$
Inversión en un negocio/Bus. Eq.	\$	Valor de propiedad no residencial/Bus. Prop. Eq.	\$	Valor de propiedad en alquiler/Rent. Prop. Eq.	\$
Acciones/Bonos, etc/Stocks/Bonds	\$	Valor de la vivienda/home value	\$	Hipoteca/Mortgage	\$

NOTA: No se aprobarán solicitudes incompletas o imprecisas. Asegúrese de incluir las declaraciones de impuesto y recibos de sueldo más recientes, y demás documentos solicitados.

Yo (o mi cónyuge) no hemos presentado una Declaración de Impuestos Federal en los últimos tres años. Explicar (No tax return/Explain):

Confirmando que la información antes indicada que se ha proporcionado a Mercy Iowa City es veraz y precisa. Por la presente autorizo a Mercy Iowa City o a sus agentes a verificar la información incluida en este formulario, incluidos empleadores, bancos y reportes de crédito. Gracias. (Acknowledge truth of information on application)

Parte responsable/Solicitante

Fecha

Cónyuge/Persona que asiste al solicitante

Fecha

Si tiene preguntas, comuníquese con el departamento de servicios financieros para pacientes de Mercy al **319-339-3616**.