Children's Hospital

Leading the Way to Healthy Children

APLICACIÓN PARA AYUDA FINANCIERA

Financial Assistance Application

East Tennessee Children's Hospital • 2018 Clinch Ave. • P.O. Box 15010 • Knoxville, TN 37901 • Phone (865) 541-8000

Por favor escriba claramente

Apellido del Paciente _____ Primer Nombre _____ Fecha de Admisión _____

SOLICITANTE: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de Años en ésta dirección: _____ Vivienda Propia ☐ Alquila ☐

Estado Civil: Casado(a) ☐ No Casado(a) ☐ Separado(a) ☐

DEPENDIENTES: _____

Número de Dependientes: _____ Edades: _____

Lugar de Empleo: _____

Años de Trabajo en este lugar: _____ Horas Trabajadas Por Semana: _____ Posición: _____

Número de Seguridad Social: _____ Teléfono (casa): (___) _____ Teléfono (trabajo) (___) _____

ESPOSO(A)/CO-SOLICITANTE _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de Años en esta dirección: _____ Vivienda Propia ☐ Alquila ☐

INGRESOS MENSUALES BRUTOS _____

SOLICITANTE		ESPOSO(A)/CO-SOLICITANTE	
Empleo (por hora)	$	Empleo (por hora)	$
Seguridad Social	$	Seguridad Social	$
Pensión de Incapacidad	$	Pensión de Incapacidad	$
Ingreso Neto de Renta	$	Ingreso Neto de Renta	$
Compensación de Desempleo	$	Compensación de Desempleo	$
Manutención/Pensión Alimenticia	$	Manutención/Pension Alimenticia	$
Asistencia Pública	$	Asistencia Pública	$
Otros	$	Otros	$
Total	$	Total	$

GASTOS MENSUALES DE VIDA

Cuota de la Casa o Renta	$	Manutención	$
Segunda Hipoteca	$	Seguro de Auto	$
Servicios Públicos	$	Seguro de Salud	$
Teléfono	$	Seguro de Vida	$
Alimentos	$	Ahorros	$
Guarderia	$	Medicinas	$
Manutención	$	Otros	$

PAGOS DE DEUDAS

	Cuota mensual	Balance a Pagar	Comentarios:
CARRO	$	$	
Préstamo Bancario	$	$	
Compañia Financiera	$	$	
Hospital	$	$	
Doctor	$	$	
Tarjetas de Crédito	$	$	
Otro	$	$	

MEDICAID	SI ☐	No ☐
Servicio de Invalidez Infantil	SI ☐	No ☐
Recibe cupones de Alimentos	SI ☐	No ☐

Comentarios_____

_____

_____

CON ESTA APLICACIÓN DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE:

- Una copia de los últimos 3 salarios
- Una copia de su última Declaración de Impuestos

Certifico que la información dada es correcta de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Solicitante:_____

Esposo(a)/Co-Solicitante: _____

Fecha:_____ Testigo: _____