



**SOLICITUD FINANCIERA**

A ESTA SOLICITUD DEBE ANEXARSE EL COMPROBANTE DE INGRESOS.

**ENVIAR COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES PUES NO SE DEVOLVERÁN.**

**SECCIÓN I - Información personal**

1. NOMBRE DEL PACIENTE:		2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: (Si es aplicable)
(Apellido)	(Nombre)	(Inicial del)
3. FECHA DE LA SOLICITUD	4. NÚMEROS DE CUENTA O FECHA ESPECÍFICA DE SERVICIO QUE CUBRE ESTA SOLICITUD:	
5. CALLE Y NÚMERO:	6. NÚMERO DE TELÉFONO:	
7. CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:	8. *CANTIDAD DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA:	
*La cantidad de integrantes de la familia incluye a sí mismo, el cónyuge y los hijos menores. Una mujer embarazada se cuenta como dos		
9. ¿CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE? SÍ O NO 10. NOMBRE DEL GARANTE (si no es el paciente):		

**SECCIÓN II - Criterio de ingresos**

11. SALARIO/SUELDOS ANTES DE DEDUCCIONES \$ _____	Incluya copias de dos recibos de pago para sustentar el salario o el sueldo.
FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE:	FECHA:

ENVÍE LA SOLICITUD Y LAS COPIAS DE LOS RECIBOS DE PAGO POR CORREO A: ATLANTICARE BUSINESS OFFICE CUSTOMER SERVICE  
65 JIMMIE LEEDS RD.  
POMONA, NJ 08240

<b>Para uso oficial únicamente:</b>	FECHA DE RECEPCIÓN:	FECHA DE LA EVALUACIÓN
INGRESO ANUAL: \$ _____	NIVEL DE POBREZA FEDERAL: _____ %	
APROBADO (señale):  SÍ  NO (Marque todas las razones que correspondan)	<b>MOTIVOS DE LA NEGACIÓN</b> <input type="checkbox"/> La responsabilidad del paciente es menor que la cantidad del cálculo del cargo descontado <input type="checkbox"/> El ingreso del paciente es superior OTROS _____	
PROGRAMAS REMITIDOS PARA CONSIDERACIÓN ADICIONAL (Marque todo lo que corresponda): Charity Care Medicaid		
Aprobado por: Nombre en letra de molde:	Firma:	Fecha de aprobación:
Solicitante notificado el (fecha):	Personal que notificó al solicitante:	
CUENTAS A AJUSTAR (use la parte posterior del formulario para cuentas adicionales e indique que se debe dar vuelta a la solicitud):		
NÚMERO DE CUENTA: CANTIDAD \$:	NÚMERO DE CUENTA: CANTIDAD \$:	NÚMERO DE CUENTA: CANTIDAD \$: