



Solicitud de asistencia financiera

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/la madre _____

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre
 Fecha de nacimiento _____

Nombre del padre/la madre _____

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre
 Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Número y calle, n.º de apartamento Ciudad Estado Código postal

Teléfono (____) _____ Ocupación: _____ Empleador _____

Dirección del empleador _____ N.º de teléfono del empleador _____

Dirección de correo electrónico: _____

En el caso de eventos catastróficos, marque la casilla abajo:

Ingresos: escriba los ingresos combinados suyos, de su cónyuge y de otros miembros del grupo familiar.

TIPO DE INGRESOS	INCLUYA LOS ÚLTIMOS 3 MESES	TOTAL
Salarios		
Ingresos por trabajo independiente		
Asistencia pública		
Seguro social		
Indemnización por desempleo		
Pensión alimenticia		
Manutención de menores		
Jubilaciones		
Ingresos de dividendos		

Pediatric Associates requiere que presente documentación que compruebe los ingresos indicados arriba. Por ejemplo, incluya recibos de sueldo, carta del empleador (si corresponde), formulario 1040, etc.



Solicitud de asistencia financiera

NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: los familiares que viven en la misma casa
Nota: Adjunte otra hoja si necesita espacio

NOMBRE	EDAD	RELACIÓN

Esta solicitud debe enviarse al departamento de facturación de Pediatric Associates dentro de un período de un año calendario. Una vez que haya enviado la solicitud completada y la documentación de respaldo a la dirección de abajo, puede ignorar las facturas hasta que el departamento de facturación dé una decisión por escrito sobre su solicitud.

Para presentar esta solicitud de asistencia financiera, lea la siguiente declaración y firme en el lugar indicado abajo

Por medio del presente solicito a Pediatric Associates una determinación por escrito sobre mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. Entiendo que la información presentada sobre mis ingresos anuales y el número de integrantes de mi familia está sujeta a verificación por parte de Pediatric Associates. También entiendo que, si se determina que la información que presenté es falsa, esto hará que se rechace la asistencia financiera y seré responsable por los servicios prestados en las instalaciones de Pediatric Associates. Confirmando que la información de arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y por medio del presente, también doy permiso a Pediatric Associates para que verifiquen toda información asociada con esta solicitud.

FECHA: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE:

NÚMERO DE CUENTA: _____

LA SOLICITUD COMPLETADA DEBE ENVIARSE A:

Pediatric Associates
 8201 Peters Road, Suite 4100
 Plantation, Fl 33324
 O POR FAX AL (954) 967-8060 A la atención de: Departamento de facturación



Solicitud de asistencia financiera

NO COMPLETE EL FORMULARIO DESPÚES DE LA LÍNEA. ES ÚNICAMENTE PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN.

Completed By Billing Department:

Representative: _____

Representative Signature: _____

Office Location: _____

Date of Service: _____

Total Balance Of visit: _____

FA Approval Amount: _____

Total Amount owed on Bill: _____

Reach patient by: __mail __email __Phone