

Solicitud de asistencia financiera

Instrucciones de la solicitud

Complete todos los campos de la solicitud y firme donde se indica. Proporcione todos los tipos de ingresos **familiares brutos** según se indica a continuación. Asimismo, debe presentar comprobantes de sus ingresos en el formulario de declaración de impuestos sobre sus ingresos, comprobantes de pago, etc.

Si tiene preguntas, comuníquese con InfuSystem al (833) 750-4737 por teléfono o correo electrónico a patientservices@infusystem.com.

Toda la información proporcionada es confidencial y solo se utilizará con fines de determinar la asistencia financiera.

Fecha de hoy: ___/___/___		Cuenta No.: _____	
Información del paciente			
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento del paciente: ___/___/___	
Dirección del paciente:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número de teléfono del paciente/parte responsable:			
Dirección de correo electrónico (*Si desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico):			
Número de dependientes, incluido usted, que conviven en su hogar:			
Información de ingresos			
Brinde la siguiente información para usted, su pareja y los dependientes que viven en su hogar.			
Fuente de ingresos	Total de 3 meses antes de la primera fecha del tratamiento	Total de 12 meses antes de la primera fecha del tratamiento	
Salario/independiente	\$	\$	
Seguro social	\$	\$	
Pensión, dividendos, intereses, ingreso de rentas	\$	\$	
Seguro de desempleo, compensación del trabajador	\$	\$	
Pensión infantil	\$	\$	
Otros	\$	\$	

Certifico que toda la información indicada en el presente es verdadera y correcta según mi mejor saber y entender. Entiendo que la información se utilizará para determinar mi capacidad para pagar por los servicios que brinda InfuSystem.

Firma: _____ **Fecha:** ___/___/___