

Solicitud de asistencia financiera

Instrucciones para completar la solicitud

Complete todos los campos de la solicitud y firmela donde se indica. Proporcione todos los tipos de ingresos **familiares brutos** como se indica a continuación. Además, siempre debe brindar pruebas de sus ingresos, como declaraciones de impuestos, comprobantes de pago, etc.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con InfuSystem al (833) 570-4737 por teléfono o envíenos un correo electrónico a patientservices@infusystem.com.

Toda la información provista es confidencial y se utiliza solamente a 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/responsable:			
Dirección de correo electrónico (*Si desea recibir comunicaciones sobre esta solicitud por correo electrónico):			
Cantidad de dependientes, incluido usted que viven en su hogar:			
Información de ingresos			
Brinde la siguiente información sobre usted, su pareja y los dependientes que viven en su hogar.			
Fuente de ingresos	Brinde la información sobre sus ingresos mensuales actuales a continuación.		
Honorarios/Empleo autónomo	\$		
Seguro Social	\$		
Ingresos de pensión, dividendos, intereses, rentas	\$		
Desempleo, compensación de trabajadores	\$		
Pensión alimentaria	\$		
Otra	\$		
*Si no informa ingresos, indique cómo cubre sus necesidades diarias.			

Certifico que toda la información incluida es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información se utilizará a fin de determinar mi capacidad para pagar los servicios provistos por InfuSystem.

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