

Solicitud de Asistencia Financiera (Financial Aid Application)

Para solicitar asistencia financiera de Carol Milgard Breast Center, llene esta solicitud y envíela con la información de respaldo a nuestra oficina.

1. Información del paciente (Patient information)

Nombre del paciente (Patient name) _____
Fecha de nacimiento (Birthdate) _____
Teléfono (Home phone) _____ Teléfono celular (Cell phone) _____
Dirección (Address) _____

2. ¿Ha recibido ayuda financiera por parte de alguna entidad perteneciente a MultiCare Health System o Franciscan Health System? Sí (yes) No (no) (ownergrant)

En caso de responder Sí, vaya al Paso 6 para firmar esta solicitud. Además de la solicitud firmada, proporcione una copia de la carta de determinación actual de la otra organización, en lugar de una solicitud completada.

3. Cónyuge o padre (si el solicitante es menor/dependiente) (Spouse or parent (if applicant is a minor/dependent))

Nombre del paciente (Name) _____
Teléfono (Home phone) _____ Teléfono celular (Cell phone) _____
Dirección (Address) _____

4. Proporcione sus talones de pago, formulario W2 y otras declaraciones de ingresos más actualizadas.

Ingreso (totales mensuales) (Income (monthly totals))	Paciente (Patient)	Otro ingreso familiar (Other family income)
Salarios (Wages)		
Trabajo independiente (Self-employment)		
Asistencia pública (Public assistance)		
Indemnización por desempleo (Unemployment compensation)		
Indemnización por accidentes de trabajo (Workers' compensation)		
Pensión del cónyuge (Alimony)		
Manutención de niños (Child support)		
Pensión o jubilación (Pension or retirement)		
Ingresos por intereses (Interest income)		
Ingresos por alquiler de propiedades (Rental property income)		
Otros ingresos (detalle)		
Total de ingresos (Total income)		

Si no tiene ingresos, explique detalladamente (If there was no income, please explain in detail) _____

5. Enumere todas las personas dependientes en su hogar, incluso su cónyuge (dependents)

Nombre (Name)	Parentesco (Relationship)	Edad (Age)	Nombre (Name)	Parentesco (Relationship)	Edad (Age)

6. La información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa o incompleta puede provocar que los beneficios demoren o no se concedan. También puede ocasionar pagos excedentes de los beneficios que debo devolver y pueden aplicarse multas. Autorizo a Carol Milgard Breast Center a verificar la información anterior y concedo permiso para que se la divulgue a Carol Milgard Breast Center a los fines de determinar la elegibilidad para recibir ayuda financiera. Juro bajo pena de perjurio que he proporcionado información verdadera y completa.

FIRMA (PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD) (SIGNATURE (PERSON MAKING REQUEST))

FECHA (DATE)

Esta información es confidencial. Enviar por fax al (253) 383-0730 o por correo a: **CMBC Billing Department, Attention Financial Aid Services, PO Box 1535, Tacoma, WA 98401**. Si tiene preguntas o necesita asistencia, llame sin cargo al (855) 824-2622, opción 1.