



Rehabilitation Hospital

In affiliation with Select Medical

INFORMACIÓN PARA SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

- Gracias por completar la información más abajo. Además del formulario completo necesitaremos una copia de la declaración jurada del año pasado, el formulario W2, los 2 comprobantes de pago más recientes, 2 resúmenes mensuales de alguna o todas las cuentas bancarias y cualquier otra verificación de ingresos/activos, incluidos 2 meses de todas las cuentas de inversión. Envíe su solicitud y la documentación complementaria lo antes posible para poder procesarla sin demoras.
- La asistencia financiera se aplica a los cargos del centro únicamente. Los descuentos no se aplican a terceros involucrados en la atención de un paciente. Algunos ejemplos de terceros involucrados en la atención del paciente incluyen, entre otros, a los médicos de las salas de emergencia, los patólogos, radiólogos y anestesiistas.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre del paciente	N.º de cuenta	Estimación/Saldo
N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Relación con el garante		

INFORMACIÓN DEL GARANTE		
Nombre		
N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Dirección	Teléfono	
Ciudad	Estado	Código postal
Empleador	Antigüedad en el empleo	Ingresos brutos estimados
Ingresos de otras fuentes (por ejemplo, manutención de menores, pensiones alimenticias, jubilación)		

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE		
Nombre		
N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Dirección	Teléfono	
Ciudad	Estado	Código postal
Empleador	Antigüedad en el empleo	Ingresos brutos estimados
Ingresos de otras fuentes (por ejemplo, manutención de menores, pensiones alimenticias, jubilación)		

Enviar solicitud a:
HonorHealth Rehabilitation Hospital
Admitting Department
8850 E. Pima Center Parkway
Scottsdale AZ 85258
(Need Centralized Email/Fax Address for CBO)



Rehabilitation Hospital

In affiliation with Select Medical

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

Nombre (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)	Relación	Fecha de nacimiento

INFORMACIÓN BANCARIA

Nombre del banco	Saldo en cuenta corriente	Saldo en cuenta de ahorros
Nombre del Banco/Cooperativa de crédito	Saldo en cuenta corriente	Saldo en cuenta de ahorros

GASTOS

	Saldo	Pago mensual
Hipoteca/Alquiler		
Valor neto del inmueble		
Automóvil (Marca, Año, Modelo)		
Artículos del hogar/Alimentos		
Combustible/Transporte		
Servicios Públicos		
Teléfono		
Guardería		
Seguro		
Préstamos educativos		
Manutención de menores/Cónyuge		
Gastos médicos		

Enviar solicitud a:
HonorHealth Rehabilitation Hospital
Admitting Department
8850 E. Pima Center Parkway
Scottsdale AZ 85258
(Need Centralized Email/Fax Address for CBO)



Rehabilitation Hospital

In affiliation with Select Medical

Tarjetas de crédito (Detallar cada una)		
GASTOS MENSUALES TOTALES		

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información suministrada en este formulario de información financiera y en los adjuntos es exacta y completa. Al firmar más abajo, autorizo a HonorHealth Rehabilitation Hospital a verificar mis antecedentes laborales y de crédito, incluso a solicitar un informe de crédito para evaluar mis necesidades financieras. Asimismo comprendo que debo actualizar esta información si así me lo solicitan y/o en caso de que mi situación financiera se modifique.

Firma del solicitante

Fecha

Enviar solicitud a:
HonorHealth Rehabilitation Hospital
Admitting Department
8850 E. Pima Center Parkway
Scottsdale AZ 85258
(Need Centralized Email/Fax Address for CBO)