



Required Documentation Informacion Requerida

Patient's Name/Nombre Del Paciente: _____

Medical Record Number/Número de Cuenta: _____

A request for financial assistance was made by the patient or a representative of the patient for the account number(s) listed above. **Your request for financial assistance is pending final processing.** The following information is required before your financial assistance application is considered. Your account will remain your responsibility until the following information has been received. Please provide the information that has been marked below.

La petición para asistencia financiera fue hecho por el paciente o un representate del paciente pertinentes al número(s) de cuenta(s) escritos arriba. **Su solicitud de asistencia financiera está pendiente de procesamiento final.** Requerimos la siguiente información antes de otorgarle asistencia financiera. Su cuenta permanecerá su responsabilidad hasta que recibamos la siguiente información. Por favor provea la información indicada.

<u>Required Documentation</u>	<u>Types of Accepted Documentation</u>	<u>Tipos de documentos aceptados</u>
<p>Proof of Residency</p> <p><u>Comprobante de residencia</u></p>	<p><input type="checkbox"/> Valid State Photo Identification or Driver's License</p> <p><input type="checkbox"/> Copy of Rent or Mortgage receipt from prior 6 months</p> <p><input type="checkbox"/> Residency Verification Form: Signed Letter from family member or other community citizen stating residency status</p>	<p><input type="checkbox"/> Identificación valida con fotografía o Licencia de conducir.</p> <p><input type="checkbox"/> Copia de su Renta o Hipoteca de su casa de los ultimos 6 meses.</p> <p><input type="checkbox"/> Formulario de verificación de residencia: Una carta firmada por un familiar u otro miembro de la comunidad declarando el estado de residencia del paciente.</p>
<p>Proof of Income for Past 3 Months</p> <p><u>Comprobante de ingresos por los últimos 3 meses:</u></p>	<p><input type="checkbox"/> Copy of _____ year's tax return</p> <p><input type="checkbox"/> Copy of year to date income (pay stub, statement from employer, business bank statements for three-month period, or profit-loss statement if self-employed)</p> <p><input type="checkbox"/> Award Letters (Social Security, Disability, Grants, Financial Aid, or Scholarship)</p> <p><input type="checkbox"/> Letter of Support (spousal or child)</p> <p><input type="checkbox"/> Food Stamp Award Letter</p> <p><input type="checkbox"/> No Proof of Income Form</p> <p><input type="checkbox"/> Other required documentation:</p>	<p><input type="checkbox"/> Copia de los impuestos del ano _____</p> <p><input type="checkbox"/> Copia del ingreso del año hasta la fecha (talón de cheque, declaración del empleador, estados de cuenta bancarios del negocio durante un período de tres meses, o declaración de pérdidas y ganancias si trabaja por cuenta propia)</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración de beneficios recibidos del Seguro Social o Discapacidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Carta de apoyo financiero (esposo(a) o hijo(a))</p> <p><input type="checkbox"/> Copia de la carta notificada de que el paciente recibe o recibio ayuda financiera de otra organizacion(Estampillas)</p> <p><input type="checkbox"/> Formulario para personas sin prueba de ingresos economicos o sin ingresos economicos.</p> <p><input type="checkbox"/> Otros documentos requeridos:</p>
<p>Living Expense Statement</p> <p><u>Declaración de Ayuda en Gastos de Manutencion</u></p>	<p><input type="checkbox"/> Required if unable to provide income or limited income</p>	<p><input type="checkbox"/> Requerido si no tiene ingresos economicos o sus ingresos son bajos.</p>