



Numero de Cuenta: _____

APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del Paciente: _____
 Apellido (Last) Nombre (First)

Persona Responsable

Apellido (Last Name)		Nombre (First Name)				
Fecha de Nacimiento (DOB)	Numero de Seguro Social		Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>
Dirección (address)		Ciudad (City)		Estado (State)	Codigo Postal (Zip)	
Telefono (Home Phone)			Celular (Cell Phone)			
Empleo (Employer)			Telefono Empleo (Employer Phone)			
Ingresos Mensuales Bruto (Gross)	\$	Ingresos Netos (Net)	\$			
Otros Ingresos (recurso y cantidad) (Other Income)						

POR FAVOR INCLUYA VERIFICACIÓN DE SUS INGRESOS AGREGANDO UNA COPIA DEL TALON DE CHEQUE.

Información sobre su esposo(a)

Pase a la siguiente seccion si no aplica

Apellido (last name)		Nombre (First Name)				
Fecha de nacimiento (DOB)	SSN					
Dirección (Address)		Ciudad (City)		Estado (State)	Codigo Postal (Zip)	
Telefono (Home Phone)			Celular (Mobile Phone)			
Empleo (Employer)			Telefono Empleo (Employer Phone)			
Ingresos Mensuales Bruto (Gross)	\$	Ingresos Netos (Net)	\$			
Otros Ingresos (recurso y cantidad) (Other Income)						

POR FAVOR INCLUYA VERIFICACIÓN DE SUS INGRESOS AGREGANDO UNA COPIA DEL COMPROBANTE DE SU CHEQUE.

Información dependiente del niño/a

Pase a la siguiente seccion si no aplica

Nombre complete del depende	Edad	Nombre complete del depende	Edad
1.		3.	
2.		4.	
5.		6.	

Información Confidencial Finaciera

Persona Responsable

Por favor proporcione un promedio de sus gastos mensuales en las categorias siguientes.

Renta de Casa (Housing)	\$	Gastos de utilidades (Utilities)	\$	Gastos de Auto (car)	\$
Aseguranza Medica (Ins)	\$	Comida (Food)	\$	Telefono (Phone)	\$

Cuidado de niños (childcare)	\$	Otros Gastos (other expenses)	\$		
------------------------------	----	-------------------------------	----	--	--

Información Confidencial Financiera
Continue

Obligaciones Financieras (Financial Obligations)

Prestamo de auto (Auto Loan)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pago Mensual (Pmt)	\$
Prestamo de Casa (Home loan)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pago Mensual (Pmt)	\$
Otros (Other)				

Otros Gasto Medicos
Other Medical Bills

Lista de todas las deudas medicas que deba (List all medical bills owed)

Nombre de Medico (expense)	Balance	Pagos Mensuales (pmt)
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

Por favor agregue una hoja adicional si es necesario.

Si usted tiene poco o nada de ingreso, por favor escriba una carta que explique como usted paga sus gastos mensuales. Si usted recibe la ayuda de familiares o amigos por favor que le escriban una carta explicandonos la ayuda que ellos le dan.

Para poder procesar su petición para asistencia usted nos tiene que dar una cantidad que pueda pagar cada mes. Salem Radiology Consultants ofrece hasta un 40% de descuento y usted es responsable por el balance restante.

Toda su cuenta debe ser pagada completamente en 12 meses contando des de la fecha del servicio. Su pago minimo sera de \$25.00 o si su balance es mas grande de \$300.00. El balance sera dividido en los 12 meses por cantidades iguales por mes: \$ _____

Si por alguna razón usted no hace el pago; cualquier descuento que se le haya dado sera cancelado; y la cuenta sera entregada a una agencia de colección.

Yo, _____ certifico que la información es verdadera basada en lo mejor de mis conocimientos. He leído y estoy de acuerdo con las condiciones de arriba.

Firma del aplicante	Fecha
Firma del esposo(a)	Fecha

Por favor enviar este formulario y todos los requisitos:
Salem Radiology Consultants
P.O. Box 12989
Salem, OR 97309