

Verificación de Ingresos: Como condición para recibir Asistencia Financiera, debe adjuntar copias de los siguientes documentos por cada miembro del grupo familiar que aporta ingresos.

Última declaración de impuestos federales sobre la renta

Recibos de sueldo de los últimos 3 meses o una declaración de beneficios para el año en curso (p. ej. Seguro Social, indemnización por desempleo, etc.).

Tamaño del grupo familiar (indique todos los miembros de la familia que integran el grupo familiar)

Nombre	Vínculo	Edad

Total de miembros de la familia (incluyendo al solicitante) _____

Envíe por correo su solicitud a: Allied Services
Departamento de Finanzas del Paciente
Programa UFA
100 Executive Park
Clarks Summit, PA 18411

Para recibir asistencia, llame al:
877-727-3422
570-348-1364

Certifico que la información que antecede es verdadera y exacta, según mi mejor saber y entender. Asimismo, solicitaré toda asistencia (Asistencia Médica, Medicare, Seguro, etc.) que pueda estar disponible para el pago de mis gastos de hospital, y tomaré toda medida que sea razonablemente necesaria para obtener tal asistencia y asignaré o pagaré al hospital el monto recuperado por los cargos del hospital. También comprendo que la información que envío respecto de mi ingreso familiar anual y el tamaño de mi familia está sujeta a verificación por parte de Allied Services. Del mismo modo entiendo que si se determina que alguna información que he suministrado es falsa, o si no solicito asistencia de otro tercero, dicha determinación resultará en la denegación para prestar servicios como atención no remunerada y seré responsable de pagar los cargos por los servicios prestados.

Fecha de solicitud

Firma del solicitante/tutor