



Northwest Ambulance

PO Box 3510 | Silverdale, WA 98383

Phone: (888) 824-9225 | Fax: (360) 394-7094

Formulario De Solicitud De Dificultades Financieras

Instrucciones para el paciente: Complete este formulario en su totalidad y devuélvalo a:
Northwest Ambulance, PO Box 3510 Silverdale, WA 98383

Nombre del paciente: _____

ID del paciente: # _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Parte Responsable (si es diferente del paciente): _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Estoy solicitando una Determinación de Dificultades Económicas para que usted considere renunciar a mi copago/coseguro/deducible (o cargos totales si no tengo seguro) por el servicio y la atención que se me brindó.

Estoy proporcionando la siguiente información para que pueda tomar una determinación precisa de mi caso. El monto mensual en dólares provisto proviene de todas las fuentes, incluidos los beneficios del Seguro Social, pensiones, anualidades, dividendos, trabajos actuales y anteriores (ya sea que haya trabajado como empleado o independiente contratista), pensión alimenticia, manutención de los hijos, intereses, ganancias, pagos únicos, etc. Adjunto encontrará verificación de mis ingresos, incluido el estado de empleo/desempleo, verificación del número de personas en mi hogar, y copias de mis declaraciones de impuestos federales y de todos los demás que viven en mi residencia o formularios W-2 y 1099 de los 2 años anteriores, así como otra información que creo que debe tenerse en cuenta en determinar mi capacidad de pago. Entiendo que las determinaciones de dificultades financieras no se pueden hacer hasta que he completado todo este formulario y enviado todos los documentos requeridos a Northwest Ambulance.

Compañía de Seguros: _____; Póliza de Seguros/Números de Identificación: _____

<u>Ingreso mensual</u>	<u>Usted</u>	<u>Otros Que Viven En Mi Residencia</u>
Salario	\$ _____	\$ _____
Seguridad Social	\$ _____	\$ _____
Pensión	\$ _____	\$ _____
Ingresos por intereses	\$ _____	\$ _____
Otro	\$ _____	\$ _____
Total	\$ _____ +	\$ _____ = \$ _____

Tamaño total del hogar: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____