

**Stormont Vail Hospital y cuenta Cotton O'Neil Clinic**

N # del garante \_\_\_\_\_  
Esta informacion se puede encontrar en la esquina superior derecho de su declaracion

Nombre del garante \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona a quien se le envia la declaracion

**Informacion general**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial 2° nombre)

Persona responsable del pago \_\_\_\_\_ Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Brinde un numero telefonico en el que se lo pueda ubicar en caso de ser necesario (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Informacion financiera**

**Ingreso mensual total**

Ingreso mensual bruto	\$
Ingreso mensual bruto (cónyuge)	\$
Manutención infantil mensual recibida	\$
Pensión alimenticia mensual recibida	\$
Seguro social recibido	\$
Monto recibido por discapacidad	\$
Monto recibido por desempleo	\$
Ingresos por intereses, dividendos, etc.	\$
Ingreso por jubilación	\$
Otro ingreso	\$
Monto total en cuenta de ahorro	\$
Monto total en cuenta corriente	\$

**Se requiere documentación de prueba para TODA la información financiera**

**Formularios de declaración de impuestos federales más recientes (todos los formularios presentados al IRS) con W2. Si no ha presentado declaración de impuestos federales, explique por qué**

**Talones de pago del último mes suyo y de su cónyuge**

**Documento legal que indique el monto de la manutención infantil**

**Documento legal que indique el monto de la pensión alimenticia**

**Carta/declaración de beneficios de seguridad social**

**Carta/declaración de beneficios por discapacidad**

**Carta/declaración de beneficios por desempleo**

**Declaración de ingresos por intereses y dividendos**

**Carta de beneficios por jubilación**

**Declaraciones más recientes de otros recursos (CD, mercados monetarios, acciones, bonos, fondos mutuos, etc.)**

**Copias de la o las declaraciones más recientes de la cuenta de ahorro**

**Copias de la o las declaraciones más recientes de la cuenta corriente**

Monto total en otros recursos

\$

Copias de las declaraciones más recientes

Número de personas respaldadas por el ingreso mensual total \_\_\_\_\_

Si es diferente al formulario de impuestos federales, explique brevemente por qué. \_\_\_\_\_

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa. Comprendo que si presento información falsa, no será elegible para recibir ayuda financiera. Certifico que cumplo con los requisitos necesarios para solicitar ayuda financiera, como se describe en el formulario de instrucción.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Devuelva este formulario junto con TODOS los documentos requeridos arriba. Si no completa este formulario en su totalidad y no proporciona la documentación requerida como prueba de TODA la información financiera, se le **NEGARÁ** la ayuda financiera. Se le puede solicitar información adicional a la espera de que se considere la ayuda financiera.

\_ Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de atención al cliente al (785) 354-1150, (800) 637-4716 o envíe un correo electrónico a [billinghelp@stormontvail.org](mailto:billinghelp@stormontvail.org).

Traducido con Microsoft Translator