

Solicitud de asistencia médica  
Declaración de la situación económica e instruccio



Passion. People. Purpose.™

Presente al menos una de las siguientes opciones:

- A. Formulario W-2 de IRS y declaración de salarios y ganancias de todo el grupo familiar
- B. Últimos dos talones de cheques de pago de todo el grupo familiar
- C. Resumen de cuenta que incluya información sobre los ingresos
- D. Declaración fiscal del año anterior

N.º de NIF \_\_\_\_\_

O presente una copia de una de las siguientes opciones

- A. Asistencia del gobierno, seguro social o indemnización laboral
- B. Carta de indemnización por desempleo

N.º de NIF \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

N.º de seguro social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad, estado,  
código postal \_\_\_\_\_

Situación familiar

Enumere todas las personas dependientes que tiene a su cargo (si corresponde). Marque la casilla si no tiene dependientes

Nombre	Edad	Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Situación laboral

Empleos y ocupaciones (si corresponde). Marque la casilla si está desempleado

Empleador \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa, si es independiente \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador \_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_ Antigüedad del empleo \_\_\_\_\_

Ingreso mensual actual	Paciente	Cónyuge
Remuneración bruta	\$ _____	\$ _____
Total de ingresos mensuales combinados	\$ _____	
Total empleado en gastos médicos durante los últimos 12 meses	\$ _____	

Al firmar la presente solicitud, estoy de acuerdo en permitir a Palomar Pomerado Health que se comunice con mi empleador, el banco y otras fuentes y solicitar un historial de crédito a fin de determinar mi elegibilidad para recibir la asistencia. Comprendo que, si no cumplo con los requisitos para los servicios según las pautas de la asistencia, seré responsable de los cargos por los servicios prestados por Palomar Pomerado Health. Comprendo que iniciaré una transacción de crédito. Autorizo a Palomar Pomerado o a un agente de Palomar Pomerado Health a acceder a mi perfil personal de crédito, mi calificación de crédito o cualquier otra información que se obtenga en una agencia de informes de crédito calificada.

Firma \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_