

Solicitud de Asistencia Financiera para Pacientes

Nombre del Paciente: _____ Numero de Telefono: _____
 Direccion: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

1. El Paciente tiene Seguro Medico? Si No

En caso "Si" por favor marque informacion de la persona responsable: (Si es posible incluir una copia de la tarjeta de seguro.)

Nombre de la Compañia de Seguros: _____

Direccion de la Compañia de Seguros : _____

Numero Telefonico de la Compañia de Seguros : _____

Nombre del tomador del seguro: _____

Numero de identification asegurado: _____

2. * Ingreso familiar bruto anual Total \$ _____

* Ingreso familiar bruto anual Total incluye los siguiente para todos miembros del hogar: Sueldo Bruto, Compensacion por Desempleo, Discapacidad, Compensacion de Trabajadores, Seguridad Social o Beneficios Suplementarios, Asistencia Publica (TANF, SNAP, etc.), Otros Ingresos.

3. Numero de miembros de familia en casa apoyado por el Ingreso previamente declarado: _____

4. (Opcional) Aconseje por favor de cualquier circunstancias atenuantes que le gustaria que consideremos. Si necesita espacio adicional, por favor escribe en la parte posterior de esta forma o utilice una hoja separada de papel.

Por la presente reconozco que la informacion anterior es verdadera y correcta. Autorizo a Sonora Quest Laboratories para verificar la informacion anterior con el unico proposito del la evaluacion de necesidad financiera, incluyendo el derecho a solicitar la documentacion de la solicitud anterior. Entiendo que si no califico, sere notificado y Sonora Quest Laboratories me cobrara. Por la presente reconozco que yo soy ni relaciona ni empleados por el medico que ordeno la(s) pruebas.

Persona Responsable (Imprimir): _____

Firma de Responsable: _____ **Date:** _____

For Official Use Only:

Billing Representative Information
Employee Name/Department Name:
Phone: 602-685-5051

Bill Number	Amount \$	Approved	Denied

Date Received: _____
 Supervisor (signature): _____