

Número de Cuenta del Paciente:		Nombre de Paciente:	
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Número de Teléfono :		Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre de Persona Responsable:		Nombre de Cónyuge:	
Nombres y Edades de Niños Dependientes:			
Información de Ingresos			
Compania/Empleador de Persona Responsable de Cuenta:		Fecha de contratación:	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
Ingreso Bruto Mensual: \$	Ingreso Neto (el que lleva a casa): \$	Ingreso Bruto Anual: \$	
CCompania/Empleador de Cónyuge:		Fecha de Contratación:	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
Ingreso Bruto Mensual: \$	Ingreso Neto (el que lleva a casa): \$	Ingreso Bruto Anual: \$	
Sustento de Menores: \$	Desempleo: Mensual: \$	Fecha de Comienzo:	Pensión: \$ Manutención: \$
Incapacidad\SSI: Mensual: \$	Balance de HRA/HSA: \$	Otros Ingresos:	
Ingreso Total: \$	Ingreso Bruto Total Mensual: \$	Ingreso Neto Total Mensual (el que lleva a casa):\$	
Información Adicional:			

Gastos Mensuales Fijos/Bienes								
Pagos A	Para	Cuanto Debe	Pago Mensual	Pagos A	Para	Cuanto Debe	Pago Mensual	Otros Bienes
Médico		\$	\$	Sustento de Menores / Manutención		\$	\$	Cuenta De Cheques \$
Médico		\$	\$	Matrícula Escolar		\$	\$	Nombre de Banco
Seguro - Auto		\$	\$	Teléfono/Cable/Internet		\$	\$	Cuenta De Ahorros \$
Hipoteca/Renta		\$	\$	Comida/Comestibles		N/A	\$	Nombre de Banco
Marca/Modelo de Auto		\$	\$	Medicamentos		N/A	\$	Acciones/Bonos/Fondos de Retiro: \$
Marca/Modelo de Auto		\$	\$	Recibos de Utilidades		\$	\$	Otros Bienes:
Préstamos-Suma Total		\$	\$	Gas/Auto		N/A	\$	
Guardería/Cuidado de Niños		\$	\$	Otros Gastos		\$	\$	
¿Ha solicitado asistencia médica del estado o al condado?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que solicitó:								
Si sus gastos mensuales son mayores que sus ingresos, por favor explique cómo paga sus deuda mensual:								

PRUEBA DE INGRESOS: Con el fin de procesar su solicitud, incluya una copia de la siguiente información junto con su solicitud:

- Copia reciente de estados de cuenta bancarias
- Copia de la Declaración de Impuesto Federal (año en curso), incluyendo todas las hojas/horarios
- Debe solicitar Medicaid y proveer fecha de aplicación, si es negada, debe proveer carta de negación.
- Prueba de que es estudiante de tiempo completo
- Copia de comprobantes de todos los ingresos del hogar, incluyendo: Los dos últimos talones de pago, la determinación de desempleo, sustento de menores, las pensiones y o SSI.

Yo reconozco que la información dada a Boys Town National Research Hospital es cierta y correcta al mejor de mi conocimiento. Autorizo a Boys Town National Research Hospital a verificar cualquier o toda la información dada y a obtener un reporte de crédito de los consumidores cuando se considere necesario.

Firma de Paciente/ Persona Responsable de la cuenta: _____ Fecha: _____

Envíe formulario y sus anexos a: **Boys Town National Research Hospital, Atención: Financial Counselor**
555 N 30th Street, Omaha, NE 68131 o email to ptfinancialservices@boystown.org or fax to 531-355-8103

Last Updated 02/25/2021

Para cualquier pregunta, por favor póngase en contacto con nuestro consejero financiero al 531-355-8195 o email ptfinancialservices@boystown.org