Northshore Rehabilitation Hospital





Formulario de solicitud de asistencia financiera

silareno de centrals APPLIUDO PRIZES ROMBRE MICHALDE, SESURIO NOMBRE Dirección: GUILLY VILLATIRO	Marana da assanta		5 1 /) 1	
Directors: CALEY NUMBER COURS COUNTY NUMBER COUNT	lumero de cuenta		Fecha(s) de servicio	
Coule YNUMERO CALLEY NUMERO Residencial Calular Residencial Calular Laboral Otro Residencial Calular Laboral Otro Sección electrónica: Sección petarónica: Sección petarónica: Sección petarónica: Sección petarónica: Sección DOS: INGRESCOS FAMILLARES Y ACTIVOS Indiques sus ingresos, jos de su cónyuge y los de todos los demás integrantes de la familia (si corresponde). Furnte de ingresos Furnte de ingresos Total para los 3 meses previos al servicio Salarica/ Emplos independiente \$ \$ \$ \$ \$ \$ Ingresos por algulieres, interese, dividendos persión \$ \$ \$ \$ Indiques sus ingresos por algulieres, interese, dividendos persión \$ \$ \$ \$ Marutención de menores (solo si el paciente es el beneficiario previsto) \$ \$ Activos netes totales (Activos - Deuda) como si fuera la fecha de la solicitud: \$ SECCIÓN TRES: INFORNACIÓN DE LA FAMILLA E INGRESOS Enumere a todos los integrantes de su grupo familiar y sus fechas de nacimiento. Preportono la liguiente momorado esposa de Si (naturales o adoptivos) que vivan en el logar del paciente. Se al paciente es menor de 18, la familia incluida al paciente, a los padres naturales doptivos del paciente memorado esposa de 18 (naturales o adoptivos) que vivan en el rosa del paciente. Fecha de nacimiento Relación con el paciente 1. Paciente: 2. 3. 4. 4. 5. 5. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6.	ore del paciente:		DDIMED NOMBDE	INICIAL DEL SEGUINDO NOMBRE
ado de residencia: Código postal: Fecha de nacimiento: Estado Civil: Solter Casado Diverción electrónica: Residencial Celular Laboral Otro Perción principal: Residencial Celular Laboral Otro				
ado de residencia: Código postal: Fecha de nacimiento: Estado civil: Solter Casado Diverción electrónica: Residencial Celular Laboral Otro Residencial Celular Laboral Otro	Dirección:CALLE Y NÚMERO		Ciudad:	Condado:
Teléfono principal: (
Directón electrónica:	ado de residencia:	Código postal:	Fecha de nacimiento:	Estado civil: Solter Casado Divo
Direction electrónica:			Posidonoial Calula	r Johann Otro
Activos netos totales (Activos - Deuda) como si fuera la fecha de la solicitud: \$ SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA RES HACTIVOS Indique sus ingresos, los de su cónyuge y los de todos los demás integrantes de la familia (si corresponde). Fuente de ingresos Fuente de ingresos Total para los 3 meses previos al servicio Total para los 12 meses previos al servicio Salarios/Empleo independiente \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ Ingresos por alquileres, intereses, dividendos pensión \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$	Teléfono principal: ()			Laborat
Reguro de salud en la fecha de prestación del servicio: Sin seguro Medicare Medicaid Otro SECCIÓN DOS: INGRESOS FAMILIARES Y ACTIVOS Indique sus ingresos, los de su cónyuge y los de todos los demás integrantes de la familia (si corresponde). Fuente de ingresos Fuente de ingresos Total para los 3 meses previos al servicio Salarico/ Empleo independiente Seguro Social Singresos por alquileres, intereses, dividendos pensión Singresos por alqu)irección electrónica:			
rection DOS: INGRESOS FAMILIARES Y ACTIVOS indique sus ingresos, los de su cónyuge y los de todos los demás integrantes de la familia (si corresponde). Fuente de lingresos Total para los 3 meses previos al servicio Total para los 12 meses previos al servicio Salarios/ Empleo independiente Salarios/ Empleo indepe				
Puente de ingresos, los de su cónyuge y los de todos los demás integrantes de la familia (si corresponde). Puente de ingresos Total para los 3 meses previos al servido Salarios/ Empleo independiente \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$			arc Mcalculu Otto	
Fuente de ingresos Total para los 3 meses previos al servicio Salarios/Empleo independiente \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$			emás integrantes de la familia (si co	prresponde).
Salarios/Empleo independiente \$ \$ \$ Seguro Social \$ \$ \$ Ingresos por alquileres, intereses, dividendos pensión \$ \$ \$ Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo \$ \$ \$ Manutención de menores (solo si el paciente es el beneficiario previsto) \$ \$ \$ Otro \$ \$ \$ Activos netos totales (Activos - Deuda) como si fuera la fecha de la solicitud: \$ \$ \$ SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA E INGRESOS Enumere a todos los integrantes de su grupo familiar y sus fechas de nacimiento. Proporcione la siguiente información respecto a todas las personas de su familia cercana que viven en su hogar. A efectos del HCAP, familia se define como el paciente, el cónyuge del podos los hijos del paciente menores de 18 (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales doptivos del paciente, y a los hijos menores de 18 (naturales o adoptivos) de los padres que vivan en la casa del paciente. Nombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente 1. Paciente: 2		50 7 100 uc toudo 100 uc	5aoeog.aeo ao 1a 1aa (s. ee	
Seguro Social Seguro Seguro Seguro Seguro Seguro de Seguro de Seguro Seguro de Seguro Segur	Fuente de ingresos	Total nara	los 3 masas pravios al sarvicio	Total para los 12 meses previos al servicio
Seguro Social \$ \$ \$ \$ Ingresos por alquileres, intereses, dividendos pensión \$ \$ \$ Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo \$ \$ \$ Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo \$ \$ \$ Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo \$ \$ \$ Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo \$ \$ \$ Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo \$ \$ \$ Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo \$ \$ \$ Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo \$ \$ \$ Indemnización de menores (solo si el paciente es el beneficiario previsto) \$ \$ \$ Indemnización por accidente es el beneficiario previsto) \$ \$ \$ Indemnización de menores de la paciente es el beneficiario previsto) \$ \$ \$ Indemnización traces: Internación respecto a todas las personas de su familia cercana que viven en su hogar. A efectos del HCAP, familia se define como el paciente, el cónyuge del podos los hijos del paciente menores de 18 (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente menor de 18, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales dodos los integrantes de la familia, incluido el paciente Indepnización con el paciente de los integrantes de la familia, incluido el paciente Indepnización con el paciente In		Total para	os 3 meses previos di servicio	Total para los 12 meses previos al servicio
S S S S S S S S S S S S S S S S S S S		\$		\$
ngresos por alquilleres, interesses, dividendos pensión \$ Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo \$ S Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo \$ S Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo \$ S Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo \$ S Indemnización de menores (solo si el paciente es el beneficiario previsto) \$ S Indemnización de menores (solo si el paciente es el beneficiario previsto) \$ S Indemnización como si fuera la fecha de la solicitud: \$ S S INFORMACIÓN DE LA FAMILIA E INGRESOS Encurnere a todos los integrantes de su grupo familiar y sus fechas de nacimiento. Irroporcione la siguiente información respecto a todas las personas de su familia cercana que viven en su hogar. A efectos del HCAP, familia se define como el paciente, el cónyuge del podos los hijos del paciente menores de 18 (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente es menor de 18, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales doptivos del paciente, y a los hijos menores de 18 (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente es menor de 18, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales doptivos del paciente, y a los hijos menores de 18 (naturales o adoptivos) de los padres que vivan en la casa del paciente. Iombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente Fecha de nacimiento Relación con el paciente Paciente: Paciente:	Seguro Social	Ś		Ś
Indemnización por accidente de trabajo, seguro de desempleo \$ \$ Manutención de menores (solo si el paciente es el beneficiario previsto) \$ \$ Otro \$ \$ \$ Sactivos netos totales (Activos - Deuda) como si fuera la fecha de la solicitud: \$ SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA E INGRESOS Enumere a todos los integrantes de su grupo familiar y sus fechas de nacimiento. Proporcione la siguiente información respecto a todas las personas de su familia cercana que viven en su hogar. A efectos del HCAP, familia se define como el paciente, el cónyuge del prodos los hijos del paciente menores de 18 (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales doptivos del paciente, y a los hijos menores de 18 (naturales o adoptivos) de los padres que vivan en la casa del paciente. Inombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente Paciente: Paciente: Precha de nacimiento Relación con el paciente Precha de nacimiento Relación con el paciente Preciente: Preciente: Precha de nacimiento Relación con el paciente Fecha de nacimiento Relación con el paciente Preciente: Preciente: Preciente: Preciente: Precha de nacimiento Relación con el paciente Fecha de nacimiento Relación con el paciente	ngresos por alquileres, intereses, dividendos pen			
Manutención de menores (solo si el paciente es el beneficiario previsto) \$ Cotro \$ Shactivos netos totales (Activos - Deuda) como si fuera la fecha de la solicitud: \$ SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA E INGRESOS Enumere a todos los integrantes de su grupo familiar y sus fechas de nacimiento. Proporcione la siguiente información respecto a todas las personas de su familia cercana que viven en su hogar. A efectos del HCAP, familia se define como el paciente, el cónyuge del podos los higos del paciente, y a los hijos menores de 18 (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales doptivos del paciente, y a los hijos menores de 18 (naturales o adoptivos) de los padres que vivan en la casa del paciente. Iombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente Paciente: Paciente: Paciente: Paciente: Paciente	Indemnización nor accidente de trahaio, seguro de	\$ desembleo		\$
Stativos netos totales (Activos - Deuda) como si fuera la fecha de la solicitud: \$		\$		\$
Activos netos totales (Activos - Deuda) como si fuera la fecha de la solicitud: \$ SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA E INGRESOS Enumere a todos los integrantes de su grupo familiar y sus fechas de nacimiento. Proporcione la siguiente información respecto a todas las personas de su familia cercana que viven en su hogar. A efectos del HCAP, familia se define como el paciente, el cónyuge del podos los hijos del paciente menores de 18 (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales idoptivos del paciente, y a los hijos menores de 18 (naturales o adoptivos) de los padres que vivan en la casa del paciente. Nombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente Pecha de nacimiento Relación con el paciente Pecha de nacimiento	Manutención de menores (solo si el paciente es el b			¢
Activos netos totales (Activos - Deuda) como si fuera la fecha de la solicitud: \$	Otro	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Enumere a todos los integrantes de su grupo familiar y sus fechas de nacimiento. Proporcione la siguiente información respecto a todas las personas de su familia cercana que viven en su hogar. A efectos del HCAP, familia se define como el paciente, el cónyuge del p todos los hijos del paciente menores de 18 (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales adoptivos del paciente, y a los hijos menores de 18 (naturales o adoptivos) de los padres que vivan en la casa del paciente. Nombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente Fecha de nacimiento Relación con el paciente Proportione de los integrantes de la familia, incluido el paciente Relación con el paciente Al firmar a continuación certifico que todo lo consignado en esta solicitud y en cualquier adjunto es veraz y correcto. Fecha: Fecha:		\$		\$
Enumere a todos los integrantes de su grupo familiar y sus fechas de nacimiento. Proporcione la siguiente información respecto a todas las personas de su familia cercana que viven en su hogar. A efectos del HCAP, familia se define como el paciente, el cónyuge del podos los hijos del paciente menores de 18 (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales idoptivos del paciente, y a los hijos menores de 18 (naturales o adoptivos) de los padres que vivan en la casa del paciente. Nombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente Paciente: Pacie	<u> </u>			
Proporcione la siguiente información respecto a todas las personas de su familia cercana que viven en su hogar. A efectos del HCAP, familia se define como el paciente, el cónyuge del podos los hijos del paciente menores de 18 (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales idoptivos del paciente, y a los hijos menores de 18 (naturales o adoptivos) de los padres que vivan en la casa del paciente. Nombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente Paciente: Paciente: Nombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente Paciente: Nombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente Paciente: Nombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente Relación con el paciente Paciente: Nombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente Relación con el paciente Relación con el paciente Paciente: Nombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente Relación con el paciente Relación co			fachas da wasiwisanta	
codos los hijos del paciente menores de 18 (naturales o adoptivos) que viven en el hogar del paciente. Si el paciente es menor de 18, la familia incluirá al paciente, a los padres naturales adoptivos del paciente, y a los hijos menores de 18 (naturales o adoptivos) de los padres que vivan en la casa del paciente. Nombre de los integrantes de la familia, incluido el paciente Fecha de nacimiento Relación con el paciente Paciente: 2. 3. 4. 5. 6. 4. Ifirmar a continuación certifico que todo lo consignado en esta solicitud y en cualquier adjunto es veraz y correcto. Fecha: Fecha:				ol HCAP, familia se define como el naciente, el cónvuge del n
Al firmar a continuación certifico que todo lo consignado en esta solicitud y en cualquier adjunto es veraz y correcto.				
1. Paciente: 2				
2	Nombre de los integrantes de la familia, incluido e	el paciente	Fecha de nacimier	to Relación con el paciente
2	Paciente:			
If firmar a continuación certifico que todo lo consignado en esta solicitud y en cualquier adjunto es veraz y correcto. Fecha:				
i. NI firmar a continuación certifico que todo lo consignado en esta solicitud y en cualquier adjunto es veraz y correcto. Fecha:				
i. Al firmar a continuación certifico que todo lo consignado en esta solicitud y en cualquier adjunto es veraz y correcto. Fecha:				
5				
Al firmar a continuación certifico que todo lo consignado en esta solicitud y en cualquier adjunto es veraz y correcto. Fecha:				
Fecha:). 			
	Al firmar a continuación certifico que todo lo cor	nsignado en esta solicitud y ei	n cualquier adjunto es veraz y correcto.	
	irma de la Parte responsable: x			Fecha:
	osnital CEO Signature: x			Date:

Return your completed application to: NSR Rehabilitation, LLC