

JENNINGS AMERICAN LEGION HOSPITAL  
SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA

Nombre del/los paciente(s): \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES:**

Parte responsable:

Conyugue:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

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

N.º de seguro social: \_\_\_\_\_

N.º de seguro social: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN LABORAL:**

Parte responsable:

Conyugue:

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Salarios (\$): \_\_\_\_\_ H/F. SEMANA/MEN./ANUAL

Salarios (\$): \_\_\_\_\_ H/F. SEMANA/MEN./ANUAL

Desempleado: \_\_\_\_\_

Desempleado: \_\_\_\_\_

**OTROS MIEMBROS DEL HOGAR:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha nac.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha nac.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha nac.: \_\_\_\_\_

**OTROS RECURSOS/ACTIVOS:**

Indique la suma total de otros recursos a su disposición, incluyendo acciones, bonos, fondos de inversiones, ingresos por intereses, dividendos e ingresos por arrendamiento. \_\_\_\_\_

**TIENE QUE PROPORCIONAR AL MENOS 1 DE LAS SIGUIENTES:**

- Impuesto sobre la renta federal/estatal más reciente
- Últimos (3) talonarios de cheques consecutivos
- Extractos bancarios de los últimos (2) meses (cuenta corriente y/o de ahorros)
- Carta del Seguro Social (SSI/SSD/SSA)
- Carta para cupones alimenticios
- Carta de desempleo
- Cheque de retiro
- En caso de reportar ingresos por \$0, adjunte una breve explicación de la manera en que cubre sus necesidades básicas.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de la parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha:

Devolver a: Jennings American Legion Hospital  
A/A: Asesor financiero  
1634 Elton Rd  
Jennings, LA 70546  
Teléfono (337) 616-7148  
Fax (337) 616-7241

Comprendo que la información suministrada está sujeta a verificación por Jennings American Legion Hospital. Dejo claro que la información arriba mencionada es verdadera, correcta y completa. Doy permiso a Jennings American Legion Hospital para obtener una copia de mi informe crediticio, la cual será usada para determinar, si soy elegible para la ayuda económica de Jennings American Legion Hospital.