



John C Lincoln Medical Center
Deer Valley Medical
Scottsdale Shea Medical Center
Scottsdale Osborn Medical Center

Scottsdale Thompson Peak Medical Center
Sonoran Crossing Medical Center
Greenbaum Specialty Hospital
HonorHealth Medical Group Locations

FORMULARIO PARA LIBERAR INFORMACIÓN FINANCIERA

Gracias por completar la siguiente información. Además del formulario completado, necesitaremos una copia de su declaración de impuestos del año pasado, formularios W-2, dos comprobantes de pago de nómina más recientes, verificación de cualquier/todos los estados de cuenta bancarios de los dos meses más recientes y de cualquier otro tipo de ingresos/bienes, incluyendo cuentas de inversión de todos los miembros del hogar mayores de 18 años. Envíe su solicitud por correo electrónico a patientfinanciam@honorhealth.com, por fax al 480-882-6081 o MyChart junto con la documentación justificativa lo antes posible para asegurar un procesamiento oportuno.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE		
Nombre del paciente	No. de cuenta	Estimado/Saldo
No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Relación con el garante		

INFORMACIÓN SOBRE EL GARANTE		
Nombre del garante		
No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Domicilio		No. de teléfono
Ciudad	Estado	Código postal
Empleador	Duración en el empleo	Ingreso bruto estimado
Otras fuentes de ingresos (por ejemplo manutención de menores/conyugal, retiro)		

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE		
Nombre		
No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Address		No. de teléfono
City	Estado	Código postal
Empleador	Duración en el empleo	Ingreso bruto estimado
Otras fuentes de ingresos (por ejemplo, manutención de menores/ conyugal, retiro)		

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES		
Nombre del dependiente (apellido, nombre, inicial del 2 ^{do.} nombre)	Relación	Fecha de nacimiento



John C Lincoln Medical Center
Deer Valley Medical
Scottsdale Shea Medical Center
Scottsdale Osborn Medical Center

Scottsdale Thompson Peak Medical Center
Sonoran Crossing Medical Center
Greenbaum Specialty Hospital
HonorHealth Medical Group Locations

INFORMACIÓN BANCARIA		
Nombre del banco	Saldo de la cuenta de cheques	Saldo de la cuenta de ahorros
Nombre de banco/unión de crédito	Saldo de la cuenta de cheques	Saldo de la cuenta de ahorros

GASTOS		
	Saldo	Pago mensual
Alquiler/hipoteca		
Valor líquido de la hipoteca		
Carro (marca, año, modelo)		
Alimentos u otras provisiones domésticas		
Gasolina/transporte		
Utilidades (servicios públicos)		
Teléfono		
Cuidado infantil		
Seguro		
Préstamos estudiantiles		
Manutención conyugal /de menores		
Gastos médicos (vea abajo)*		
Tarjetas de crédito (enumere cada una)		
TOTAL DE GASTOS MENSUALES		

Certifico que la información proporcionada en este Formulario para liberar información financiera y demás documentos adjuntos es precisa y completa al mejor de mi conocimiento. Mediante mi firma a continuación autorizo que HonorHealth verifique cualquier historial crediticio y laboral, incluyendo la ejecución de un informe crediticio según sea necesario para evaluar la necesidad financiera. Además, entiendo que debo actualizar la presente información si me lo solicitan y/o mi condición financiera cambia.

Nombre del solicitante

Fecha

* Un hogar con gastos médicos incurridos durante los 12 meses anteriores por los cuales el hogar es responsable, que excedan el 50% del total de ingresos del hogar para ese año. Todos los gastos médicos, incluidos los gastos médicos que no sean de HonorHealth, se incluyen con el fin de determinar la indigencia médica de un hogar. HonorHealth necesitará copias de la documentación.