



Deer Valley Medical Center
Florence Medical Center
Greenbaum Specialty Hospital
John C Lincoln Medical Center
Four Peaks Medical Center
Scottsdale Osborn Medical Center

Scottsdale Shea Medical Center
Scottsdale Thompson Peak Medical Center
Sonoran Crossing Medical Center
Tempe Medical Center

HonorHealth Medical Group Locations

FORMULARIO PARA LIBERAR INFORMACIÓN FINANCIERA

Para continuar el trámite de su solicitud, envíe la documentación justificativa sobre los ingresos de cada miembro del hogar de 18 años o más. Puede presentar su solicitud completa y los documentos justificativos mediante uno de los siguientes métodos:

- Correo electrónico: financialassistance@honorhealth.com
- Fax: 480-882-6081
- MyChart: Siga las instrucciones en pantalla para solicitar y subir sus documentos de manera segura.
- Enviar su solicitud con prontitud ayudará a garantizar la revisión y procesamiento oportuno.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE		
Nombre del paciente	No. de cuenta	
No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Empleador	Tiempo completo o parcial	

INFORMACIÓN SOBRE EL GARANTE		
Nombre del garante		
No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Domicilio	Teléfono	
Ciudad	Estado	Código postal
Empleador	Tiempo completo o parcial	

INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE		
Nombre del garante		
No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Domicilio	Teléfono	
Ciudad	Estado	Código postal
Empleador	Tiempo completo o parcial	

INFORMACIÓN SOBRE LOS DEPENDIENTES		
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento



Deer Valley Medical Center
Florence Medical Center
Greenbaum Specialty Hospital
John C Lincoln Medical Center
Four Peaks Medical Center
Scottsdale Osborn Medical Center

Scottsdale Shea Medical Center
Scottsdale Thompson Peak Medical Center
Sonoran Crossing Medical Center
Tempe Medical Center

HonorHealth Medical Group Locations

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento
--------	----------	---------------------

TIPO DE INGRESO – Proporcione la documentación justificativa		
Tipo de ingreso, según corresponda	Frecuencia: Semanal, quincenal, mensual u otro	Cantidad
Pensión alimenticia		
Manutención conyugal /de menores		
Obsequio		
Asistencia gubernamental Proporcione la documentación		
Pensión Proporcione el estado de cuenta		
Seguro social Proporcione el estado de cuenta		
Declaración de impuestos Proporcione la declaración del año anterior		
Salario Proporcione los 2 últimos comprobantes de nómina	Tiempo completo o parcial	
Salario Proporcione los 2 últimos comprobantes de nómina	Tiempo completo o parcial	
W2s Proporcione los formularios W-2 del año anterior		
Otros (por ejemplo, una carta de alguien que le ayude económicamente)		
Nombre del banco/unión de crédito Proporcione los 2 últimos estados de cuentas completos		
Nombre del banco/unión de crédito Proporcione los 2 últimos estados de cuentas completos		
Lista de gastos médicos Proporcione copias de las facturas pendientes		

Certifico que la información proporcionada en este Formulario para liberar información financiera, junto con cualquier documentación adjunta, es precisa y completa al mejor de mi conocimiento. Al enviar esta solicitud, ya sea de manera electrónica o por escrito, reconozco que este envío sirve como mi firma. Autorizo a HonorHealth verificar mi historial crediticio y laboral, incluyendo la adquisición de un informe crediticio en caso de ser necesario para evaluar la necesidad financiera. Entiendo que soy responsable de actualizar esta información cuando se me solicite o si mi situación financiera o circunstancias cambian.

Nombre escrito y firma del solicitante

Fecha

Un hogar se puede considerar médicamente indigente si ha incurrido en gastos médicos durante los últimos 12 meses que exceden el 50% de los ingresos anuales totales del hogar. Esto incluye todos los gastos médicos, ya sean de HonorHealth o de otros proveedores. Para determinar la elegibilidad, HonorHealth requiere la documentación de estos gastos e ingresos.