



Deer Valley Medical Center
John C Lincoln Medical Center
Greenbaum Specialty Hospital
Osborn Medical Center
Shea Medical Center
Thompson Peak Medical Center

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. Por favor entregue su solicitud y documentación justificativa lo antes posible para asegurar un procesamiento oportuno.

La asistencia financiera aplica solo a cobros por uso de las instalaciones. Los descuentos no aplican a terceras partes involucradas en la atención al paciente. Ejemplos de terceras partes incluyen, pero no se limitan a los médicos de la unidad de emergencias, patólogos, radiólogos y anestesiólogos.

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

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

INFORMACION DEL CONYUGE		
Nombre		
No. de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Domicilio		No. de teléfono
Ciudad	Estado	Código postal
Emplador	Duración en el empleo	Ingreso bruto estimado
Otras fuentes de ingreso (por ejemplo manutención de menores/ conyugal, retiro)		

INFORMACION DE LOS DEPENDIENTES		
Nombre del dependiente (apellido, nombre, inicial del 2º nombre)	Relación	Fecha de nacimiento

Enviar a:
Hospital Patient Financial Services
2500 W Utopia Rd #100
Phoenix, AZ 85027
email: pfs.assistance@honorhealth.com
Fax: 623-434-6216



Deer Valley Medical Center
 John C Lincoln Medical Center
 Greenbaum Specialty Hospital
 Osborn Medical Center
 Shea Medical Center
 Thompson Peak Medical Center

INFORMACION 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 de la segunda hipoteca		
Carro (marca, año, modelo)		
Alimentos u otras provisiones domesticas		
Gasolina/transporte		
Utilidades (servicios publicos)		
Telefono		
Cuidado infantil		
Seguro		
Prestamos estudiantiles		
Manutención conyugal /de menores		
Gastos medicos		
Tarjetas de credito (enumere cada una)		
TOTAL DE GASTOS MENSUALES		

Certifico que la información proporcionada en este Formulario para Liberar Información Financiera y demas documentos adjuntos es precisa y completa al mejor de mi conocimiento. Mediante mi firma a continuación autorizo que HonorHealth verifique cualquier historial de credito y de empleo. Además, entiendo que debo actualizar la presente información si me lo solicitan y/o mi condición financiera cambia.

Nombre del solicitante _____

Fecha _____

Enviar a:
 Hospital Patient Financial Services
 2500 W Utopia Rd #100
 Phoenix, AZ 85027
 email: pfs.assistance@honorhealth.com
 Fax: 623-434-6216