



Boston Medical Center
Formulario del Programa de Atención de Caridad



Nombre del paciente _____

Número del Seguro Social _____

Fecha de nacimiento _____

Nombre del padre, madre o tutor (si el paciente es menor de edad) _____

Número del Seguro Social _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección de residencia			Dirección postal ____ Marque si es igual que la dirección de residencia		
Calle _____	N.º de apartamento o unidad _____		Calle _____	N.º de apartamento o unidad _____	
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo **¿Está empleado?** No Sí **Si respondió "sí", ¿hace cuánto tiempo?** _____

Nombre del empleador: _____ **¿Ofrece el empleador seguro médico?** No Sí

Llene el siguiente cuadro de MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR E INGRESOS FAMILIARES. Indique el nombre y la información de los ingresos de cada miembro del grupo familiar que vive en su casa. Use los códigos de ingresos indicados para identificar el tipo de ingreso de cada persona.

MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR E INGRESOS FAMILIARES							
Tipo de ingreso y código de ingreso							
Ingresos devengados	El	Jubilación del Seguro Social	SSR	Pensión alimenticia/manutención	VA	Pensión o anualidad	PA
Ingresos como trabajador independiente	SE	Ingresos por pensión por discapacidad del Seguro Social	SSDI	del cónyuge	UC	Ingreso de rentas	RI
		Administración de Veteranos	VA	Compensación por desempleo			
Nombre		Parentesco con el solicitante	Fecha de nacimiento	Edad	Tipo de ingreso por código	Monto del ingreso (anual/mensual/semanal)	
		Yo mismo				\$	
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	

Si necesita más espacio para incluir a todos los miembros del grupo familiar, use el reverso del formulario.

BIENES - Información bancaria

Cuenta corriente: No Sí Nombre del banco: _____ Saldo: _____

Cuenta de ahorros: No Sí Nombre del banco: _____ Saldo: _____

Al firmar este formulario, acepto lo siguiente:

- Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas indicadas son verdaderas y correctas a mi entender.
- Presentaré todos los documentos de verificación que se requieran para determinar mi elegibilidad para el Programa de Caridad de BMCHS.
- Comprendo que si no califico para el Programa de Caridad, será mi responsabilidad personal cubrir los cargos por los servicios que presta BMCHS o podré apelar la decisión de denegación por escrito junto con los documentos adicionales necesarios.

Firma del paciente (o) padre, madre o tutor: _____

Fecha: _____

Firma del cónyuge del paciente: _____

Fecha: _____