

Date

Patient Name

Address

Con referencia a: Ayuda financiera

Estimado Sr. Ramirez Perez,

Adjuntamos con esta carta formularios para la evaluación de su estado financiero. Por favor complete éstos formularios y devuélvalos junto con copias de pruebas de ingresos.

Cada aplicación debe ser acompañada por una de las siguientes pruebas de ingresos (*One of the following proofs of income must accompany application*):

1. Formulario de W-2
(*W-2 Withholding forms*)
2. Talonario de cheques. 2 cheques consecutivos.
(*2 Consecutive pay stubs*)
3. Recibos de aplicaciones de impuestos. Necesario si es empleado por si mismo.
(*Income tax returns required if self employed.*)
4. Los mas reciente 90 dias de cuentas de cheques y ahorros. Necesario si es empleado por si mismo.
(*Most recent 90 days of bank statement: checking and savings account.*)
5. Aplicaciones aprobando o negando la compensación de desempleo, compesación de trabajadores.
(*Forms approving or denying unemployment, compensation, worker's comp.*)
6. Verificacion escrita de salario por parte del empleador.
(*Written verification of wage from employer.*)

Devuélvalos a:

Paciente Acción Services
PO Box 934805 – Site ID 2200
Atlanta, GA 31193

El Fax: 678-486-6036

Correo electronico: charitycare@patientfinancialsvcs.com

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al 877-250-9871.

Gracias,