

Algún miembro de la familia tiene:	Encierre en un círculo Sí o No	Monto	Miembro del grupo familiar
CUENTAS CORRIENTES	Sí/No	\$	
	Sí/No	\$	
	Sí/No	\$	
CUENTAS DE AHORRO	Sí/No	\$	
	Sí/No	\$	
	Sí/No	\$	
CERTIFICADOS DE DEPÓSITOS	Sí/No	\$	
FONDOS DEL MERCADO MONETARIO	Sí/No	\$	
ACCIONES / BONOS / LETRAS DEL TESORO	Sí/No	\$	
FIDEICOMISOS	Sí/No	\$	
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿ES IRREVOCABLE?	Sí/No	\$	
EFFECTIVO GUARDADO EN CAJAS DE SEGURIDAD	Sí/No	\$	
ALGÚN OTRO ACTIVO LÍQUIDO	Sí/No	\$	
OTRAS INVERSIONES	Sí/No	\$	

¿Ha recibido algún pago de una suma global como las siguientes?:	Encierre en un círculo Sí o No	Monto	Miembro del grupo familiar
HERENCIAS	Sí/No	\$	
LOTERÍA U OTROS PREMIOS	Sí/No	\$	
INDEMNIZACIONES EN CONCEPTO DE SEGUROS	Sí/No	\$	
ACUERDOS DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES	Sí/No	\$	
ACUERDOS POR DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL (SS)	Sí/No	\$	
ACUERDOS POR DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DE LOS VETERANOS (VA)	Sí/No	\$	
INDEMNIZACIÓN POR DESPIDO	Sí/No	\$	
PLUSVALÍAS	Sí/No	\$	
OTRO	Sí/No	\$	

*** Este formulario es necesario para procesar su solicitud de ayuda financiera en el Spartanburg Regional Healthcare System (SRHS). Envíe el documento financiero (es decir, extracto bancario) más reciente para corroborar los activos que mencionó.**

Al firmar, certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender; y, por el presente documento, autorizo revelar cualquier información que sea necesaria para determinar mi elegibilidad para el Programa de ayuda financiera para pacientes del SRHS.

Firma del solicitante:

Fecha:

Programa de ayuda financiera para pacientes del SRHS
Servicios Financieros para Pacientes

PO Box 27069, Greenville, SC 29616-2069

Si necesita ayuda, llame al Departamento de Atención al Cliente al 864-596-1001.