



## SOLICITUD DE APOYO ECONÓMICO

Nombre del Paciente:		Número del Seguro Social:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:		Fecha de Nacimiento:	

### AFILIACIÓN

¿Tiene el paciente su propio seguro médico? Marque uno **No**  **Si**

Si responde "Sí", proveer la información de la parte responsable: (Incluya una copia de ambos lados de la tarjeta de seguro).

Número(s) de Cuenta de Millennium:

Nombre de la Compañía de Seguros:  
(Necesario)

Número de Teléfono:

Dirección:

Póliza Nombre y ID#:

### INFORMACIÓN FINANCIERA (TODOS LOS VALORES DEBEN REFLEJAR INGRESOS ANUALES PARA TODA LA FAMILIA)

<b>Financial</b>	Ingresos totales antes de impuestos (anuales) \$: _____ (Incluya comprobante de pago, W-2, la declaración de desempleo o incapacidad, u otra verificación de los ingresos)
	Número de personas que residen en el hogar: _____ (Incluya todos los dependientes y las personas que contribuyen a los ingresos) Su aplicación puede ser objeto de una auditoría o de una solicitud de documentación adicional.

Yo bajo pena de perjurio según las leyes de los Estados Unidos que la información que antecede es verdadera y correcta. Autorizo a Millennium Health verificar la información que antecede exclusivamente con fines de evaluar la necesidad financiera. Entiendo que si no reúno los requisitos necesarios, se me notificará y Millennium Health me facturará.

Nombre del Paciente (Letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe a:

Millennium Health, LLC ATTN: Financial Support Department  
16981 Via Tazon, San Diego, CA 92127

Para mas informacion contáctenos Millennium Health:

Teléfono: (877) 451-7337 Fax: (858) 433-5844

### SÓLO PARA USO INTERNO

Fecha de los Servicios:	Importe que se Debe:	# # de Cuentas:	
% Aprobado:	Fecha de Inicio:	Fecha de Caducidad:	
Nombre del Procesador:	Motivo de la Negativa:		
Nombre del Supervisor:	Supervisor Firma:		