

Apéndice B (Aplicación para Asistencia Financiera)

UF Health Jacksonville
Programa de Asistencia Financiera
Aplicación para Asistencia Financiera

Con el fin de ser considerado para Asistencia Financiera, por favor complete en su totalidad el formulario de Estado Financiero adjunto. El Estado Financiero no estará completo sin la firma del fiador apropiado.

Apéndice B (Aplicación para Asistencia Financiera)

UF Health Jacksonville ESTADOS FINANCIEROS

NOMBRE DEL PACIENTE		MEDICO REGISTRO NO.		NO. DEPENDIENTES (TOTAL EN EL HOGAR)		
PARTE RESPONSABLE	NOMBRE DE LA PARTE RESPONSABLE		NUMERO DE SECURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	REL. CON EL PACIENTE	ID. DEL GUARANTE
	DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO DE AREA	TEL. DEL HOGAR
	NOMBRE DEL EMPLEADOR		DIRECCION			CIUDAD
	ESTADO	CODIGO DE AREA	TEL. DEL TRABAJO	DURACION DEL EMPLEO	SALARIO BRUTO	
	NOMBRE DEL EMPLEADOR PREVIO		DIRECCION			CIUDAD
	ESTADO					