

Registro Médico de Paciente #:

CPI de Paciente #:

## CUESTIONARIO FINANCIERO DE WFBH

Declaro que las contestaciones dadas a continuación son ciertas y completas. Entiendo que cualquier información falsa o engañosa que yo dé puede resultar en yo no ser elegible para cualquier ajuste, descuento o beneficio comunitario. También entiendo que WFBH puede mirar mi historial de crédito, entre otras cosas, para verificar esta información. No se aprobará ningún ajuste, descuento o beneficio comunitario si cualquier declaración en este documento resulta ser falsa o engañosa.

**Nombre del Paciente - en letra de molde**

**Núm. de Tel.** \_\_\_\_\_

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

**Dirección de Residencia (No PO Box)**

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

**Firma del Paciente**

**Fecha**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombre del Garante - en letra de molde**

**Firma del Garante**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pregunta Uno: ¿Cuántas personas viven en su hogar? (Esto incluye cónyuge, niños que viven en la casa o fuera de la casa por los que usted es responsable económicamente).

\_\_\_\_\_ Número de personas en el hogar

Pregunta Dos: ¿Cuánto ganan usted y su cónyuge en un año? \_\_\_\_\_

Descuento en base a información provista y las Pautas Federales de Ingreso de Pobreza del año actual.

### Sólo para Uso de Oficina

Income = or <200% \_\_\_\_\_  
100% Discount

Income 201%-300% \_\_\_\_\_  
75% Discount

Income 301%-400% \_\_\_\_\_  
50% Discount

Income > 400% \_\_\_\_\_  
0% Discount