

**Llene esta solicitud y devuélvala a la siguiente dirección dentro de 15 días.**

John C. Lincoln Health Network  
 Attn: Patient Financial Services  
 250 E. Dunlap Ave.  
 Phoenix, AZ 85020

<b>Información del paciente</b>		
Nombre (Apellido, Nombres)		
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	
Relación con el fiador		
<b>Información del fiador</b>		
Nombre (Apellido, Nombres)		
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	
Dirección	Número de teléfono	
Ciudad	Estado	Código postal
Profesión	Salario anual	
Nombre del empleador	Años con este empleador	
Dirección del empleador	Teléfono del empleador	
Ciudad	Estado	Código postal
Otros ingresos por año (por ejemplo: pensión alimenticia, jubilación, etc.)		
<b>Información del cónyuge</b>		
Nombre (Apellido, Nombres)		
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	
Profesión	Salario anual	
Nombre del empleador	Años con este empleador	
Dirección del empleador	Teléfono del empleador	
Ciudad	Estado	Código postal
Otros ingresos por año (por ejemplo: pensión alimenticia, jubilación, etc.)		
<b>Información de dependientes</b>		
Nombre y edad de los dependientes	Número de dependientes	

<b>Información financiera</b>			
Número de su cuenta de cheques		Número de su cuenta de ahorros	
Institución financiera		Institución financiera	
Saldo		Saldo	
Deuda activa (préstamos automovilísticos, cuentas de crédito, tarjetas de crédito, etc.)			
<b>Nombre del banco, de la compañía, de la persona</b>		<b>Saldo</b>	
<b>Gastos</b>	<b>Pago mensual</b>	<b>Cálculo anual</b>	
Pago hipotecario/renta			
Servicios públicos (gas/luz)			
Teléfono			
Auto/transportación			
Seguro			
Préstmos estudiantiles			
Comida			
Gastos médicos			
<b>Firma</b>			
Al firmar a continuación, yo afirmo que todo lo escrito en esta solicitud y en cualquier página adjunta es cierto.			
Firma		Fecha	

Favor de adjuntar uno de los siguientes tipos de documentación:

- Declaración de impuestos o W-2 del año en curso
- Talón del cheque más reciente o carta de su empleador que confirma su sueldo
- Cheque de desempleo más actual
- Declaración o carta de beneficios de seguro social
- Otra documentación de apoyo

Si tiene alguna duda, favor de comunicarse con nuestra oficina al (602) 331-5840.