

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

| Información del paciente | | |
|---|-------------------------|---------------|
| Nombre (Apellido, Nombres) | | |
| Número de seguro social | Fecha de nacimiento | |
| Relación con el fiador | | |
| Información del fiador | | |
| 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.) | | |
| | | |
| | | |
| Información del cónyuge | | |
| 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.) | | |
| | | |
| | | |
| Información de dependientes | | |
| Nombre y edad de los dependientes | Número de dependientes | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Información financiera | | | |
|--|---------------------|--------------------------------|--|
| 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.) | | | |
| Nombre del banco, de la compañía, de la persona | | Saldo | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Gastos | Pago mensual | Cálculo anual | |
| Pago hipotecario/renta | | | |
| Servicios públicos (gas/luz) | | | |
| Teléfono | | | |
| Auto/transportación | | | |
| Seguro | | | |
| Préstmos estudiantiles | | | |
| Comida | | | |
| Gastos médicos | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Firma | | | |
| 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 623-434-6200 indica opción 1 ext. 301248