

ESTIMADO PACIENTE/O AVAL

Adjunto encontrara una solicitud para asistencia financiera del hospital STEVENS. Esta solicitud es una respuesta a su petición de ayuda financiera por medio del hospital STEVENS.

Complete y regrese esta solicitud en un periodo no mayor de catorce(14) días a partir del día en que recibió esta carta.

la verificación de ingresos y el tamaño de su familia serán requeridos (por favor solo mande fotocopias ya que no se regresaran los originales).

Verificación de ingresos de cada adulto que trabaje y viva en el hogar. Envíe la siguiente información.

Los mas recientes comprobantes de pago.

La forma W -2 de pago de impuestos

Copia de la cantidad de regreso del pago de impuestos del ultimo año.

Carta de aprobación o negación del pago de beneficios de la oficina de desempleo.

Declaración escrita de la verificación de ingresos del medicaid o cupón medico.

Declaración escrita del patrón en donde se incluya el pago de impuestos.

Mas reciente estado de cuenta del banco.

Papeles que podemos usar para comprobar cuantas personas dependen económicamente de usted.

Si usted nos envía una copia que muestre la cantidad de dinero que se le regreso por su pago de impuestos no se requerirá ningún otro documento. De lo contrario tendrá que enviar fotocopias del acta de nacimiento de las personas que dependen económicamente de usted, o copias de las tarjetas de seguro social de cada uno de ellos.

Si por alguna razón usted no puede enviar ningún documento que verifique sus ingresos o la cantidad de gente que depende económicamente de usted por favor envíe una carta donde nos explique por que razón no puede enviar la información y anexe esta carta en el mismo sobre que envía de regreso con la solicitud.

Su rápida respuesta será altamente apreciada.

Sinceramente.

STEVENS HOSPITAL.

PATIENTS ACCOUNT

425-640 4230

Dear Patient/Guarantor:

A Stevens Hospital Financial Application is attached. This application supports your request for Financial Assistance through Stevens Hospital. Complete and return the application within **fourteen (14) days** from notification to the hospital of the need for financial assistance.

Verification of income and family size are required: (Please only send photocopies, as we will not be able to return originals to you)

Verification of income for all adult dependents examples:

Most recent month of pay stubs

W-2 withholding statement

Income tax return from most recently filed calendar year

Unemployment approval or denial of benefits letter

Written statement verifying income from Medicaid or coupon

Written statement from employer to include employer tax ID number

Most recent bank statement

Proof of dependents examples

If income tax return provided lists all dependents, no other document required.

Photocopy of dependent birth certificates or social security cards

If you are unable to provide any supporting documents to verify income and/or dependent status, please attach a letter of explanation to your completed application.

Your prompt response is greatly appreciated.

Sincerely,

Stevens Hospital
Patient Accounting
(425) 640-4230