

Carta de circunstancias

El presente formulario debe llenarlo el paciente que solicita la asistencia financiera cuando el equipo de asistencia financiera para pacientes solicite más información. Esto puede incluir circunstancias tales como vivir de ahorros en efectivo, estado civil incierto, el o la cónyuge no proporciona apoyo en el hogar, tutela no legal, etc.

Nombre del paciente (*Patient name*): _____

Por favor, describa la situación a continuación:

Testificación:

Declaro, a mi leal saber y entender, que la información antes mencionada es correcta y verdadera. Si se requiere realizar verificaciones adicionales acepto que se comuniquen conmigo.

Firma de la persona que llena este formulario
(*Signature of Person Completing This Form*)

Fecha en la que se firmó
(*Date Signed*)