

Solicitud de ayuda financiera

Patient/Guarantor Information

Nombre del paciente: _____
Nombre del garante (si el paciente es menor de 18 años): _____
Dirección del paciente: _____
Ciudad: _____ Estado/Código Postal _____
Fecha de nacimiento del paciente: _____
Número de expediente médico del paciente: _____
Estado civil actual: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Spouse Information

Nombre del cónyuge: _____
Dirección del cónyuge (si es diferente de la del paciente): _____
Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____
Fecha de nacimiento del cónyuge: _____
Número de expediente médico del cónyuge: _____

Nota: Si está casado, se requiere la información financiera y la firma del cónyuge para que la solicitud pueda procesarse.

Household Information

Tamaño de la familia/dependientes (incluido usted y su cónyuge): _____
Escriba el nombre de los dependientes, la fecha de nacimiento y el número de registro médico (si corresponde)

Ingresos familiares (brutos): _____

Los ingresos se definen como salarios, beneficios de negocios, ingresos de alquileres de propiedades, ingresos del seguro social [SSI/SSDI], ingresos de inversiones, jubilación/pensión, pensión alimenticia, etc.

Employment Information

Paciente/Garante

- ☐ Empleado
- ☐ Trabajador independiente
- ☐ Desempleado
- ☐ Estudiante de tiempo completo
- ☐ Depende de otros
- ☐ Jubilado

Cónyuge

- ☐ Empleado
- ☐ Trabajador independiente
- ☐ Desempleado
- ☐ Estudiante de tiempo completo
- ☐ Depende de otros
- ☐ Jubilado

Envíe una prueba de los ingresos mensuales de la familia aportando uno de los documentos que se indican a continuación. Si tiene dependientes, debe presentar una declaración de impuestos.

(comprobantes de sueldo, SSI/incapacidad, W2/jubilación/pensión, declaraciones de impuestos, carta del empleador).

Si no tiene ingresos, explique cómo paga sus gastos diarios:

☐ **Marque la casilla si autoriza que actualicemos su información demográfica (dirección, estado civil, etc.)**



Firma del paciente o del garante: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge: _____ Fecha: _____

Envíe la solicitud de ayuda financiera completada a:

Fax: 919-620-1241
Correo electrónico: PRMOSelfPayReimb@dm.duke.edu
Por correo: PRMO Self-Pay
PO Box 110566
Durham, NC 27709

Información de contacto: 919-620-4555 o 800-782-6945

El proceso tarda entre 4 y 6 semanas

Additional Comments
