



MORROW COUNTY HEALTH DISTRICT

Excellence in Healthcare

P.O. Box 9
564 E. Pioneer Drive
Heppner, Oregon 97836

800-737-4113
(541)-676-9133
Fax (541)-676-2905

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE	
Nombre	Números telefónicos
Dirección postal	Número de seguro social
Información sobre el plan de seguro de salud	Nombre y número de ID del asegurado
Actual empleador	

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
Propia		Dependiente	
Cónyuge		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	

Ingreso familiar anual – Ingrese la cantidad real en dólares

Fuente de ingreso	Propio	Cónyuge	Dependiente	Total
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
Seguridad social, pensión, renta vitalicia, beneficios de veterano				
Manutención conyugal, manutención infantil, asignaciones militares				
Ingreso de empleo independiente				
Renta, intereses, dividendos y otros ingresos				
INGRESOS TOTALES				

Documentación obligatoria para presentar junto a la solicitud

Identificación (Una de las siguientes)	Licencia de conducir, identificación estatal u otra identificación con foto	
Seguro	Tarjetas de segur, solicitud pendiente de seguro o evidencia de denegación de cobertura, si aplica.	
Ingreso (Todos los siguientes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 talones de pago más recientes de todos los miembros de su hogar ▪ 3 estados de cuenta más recientes del banco ▪ Declaración de impuestos del año anterior ▪ Resumen de beneficios del seguro social (si aplica) 	

Certifico que el tamaño de mi familia y la información de los ingresos provista más arriba son correctos.

Nombre (en imprenta)	Fecha
----------------------	-------

Firma

OFFICE USE ONLY		
Patient Name(s)		
Date Approved	Discount %	Approved by