Hospital de La Pequeña Compañía de María
Solicitud de Plan de Pago

Nombre del Paciente_____ Nº de Ident. del Hospital V_____

Fecha(s) de Servicios _____Seguro (si tiene)_____

Saldo Adeudado $_____

Ingreso Mensual:

Su Sueldo/Ingreso (de cualquier tipo)
Es decir; Seguro Social, Pensión por
Incapacidad $_____

Sueldo/Ingreso de su Cónyuge
u Otros Ingresos $_____

Ingreso por Dividendos
o Intereses $_____

Ingreso Total $_____

Monto del Pago Mensual Contratado

$_____ por _____meses

*** Para procesar esta solicitud deberá adjuntarse una copia de su declaración de Impuestos Federales más reciente, de sus formularios W-2 o comprobación de desempleo.**

Tamaño de la Familia

Indique la cantidad total de dependientes en su familia _____

Nombres/Edades de los Dependientes

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

Certifico que la información arriba mostrada es una declaración correcta y completa de mi situación financiera actual

_____ _____
Responsable/Paciente **Fecha** **Representante del Hospital** **Fecha**

_____
Cónyuge **Fecha**