

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

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ N° 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