Solicitud de asistencia financiera del Centro de Cirugía Ortopédica Leigh

Nombre del paciente Número de cuenta del paciente

Número de teléfono Número de seguro social Fecha de nacimiento (mes/ día/ año)

☐ Empleados
☐ Desempleados

_____

Empleador (nombre, dirección y número de teléfono)

Nombre del cónyuge	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes/ Día/ Año)
Padre del paciente (si el paciente es menor de edad)	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes/ Día/ Año)
Madre del paciente (si el paciente es menor de edad)	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (Mes/ Día/ Año)

Entiendo que el Centro de Cirugía Ortopédica Leigh puede verificar la información financiera contenida en esta Solicitud de Asistencia Financiera

("Solicitud"), y por mi firma autoriza a mi empleador a certificar la información proporcionada en esta Solicitud. También autorizo al Centro de Cirugía Ortopédica Leigh a solicitar informes de agencias de informes de crédito y la Administración del Seguro Social. Certifico que esta información es fiel a mi mejor conocimiento y soy consciente de que la falsificación de información en esta Solicitud puede resultar en la denegación de asistencia financiera.

Entiendo que cualquier asistencia financiera se basa en mi incapacidad para pagar y que si hay alguna nueva fuente de ingresos disponible, Leigh Orthopedic Surgery Center puede revertir su concesión de asistencia financiera en su totalidad o en parte.

_____ Fecha de firma del paciente o parte responsable

_____Fecha_Leigh
Orthopedic Surgery Center Firma del empleado si alguna parte de Financial
Solicitud de asistencia completada por un empleado