

## 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](mailto: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**