

**DEPARTAMENTOS DE BOMBEROS DE ALBANY**

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA SERVICIOS DE AMBULANCIA  
SOLICITUD DEL PACIENTE**

(Financial Assistance Program for Ambulance Services – Patient Application)

**Instrucciones para el paciente**

Por favor complete el formulario en su totalidad y envíelo a la dirección mencionada abajo:

Albany Fire Department Ambulance  
P.O. Box 490  
333 Broadalbin Street SW  
Albany, Oregon 97321

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

Representante legal (si es diferente al paciente): \_\_\_\_\_

Dirección del representante legal: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/código postal del representante legal: \_\_\_\_\_

Estoy solicitando asistencia financiera con el fin de que se me considere para una exención por los cargos, copagos o deducibles (o el total de los cargos, si no tuviese cubierta medica, por el servicio y/o la atención prestada a mí persona \_\_\_\_\_ (fecha del servicio).

Proporciono la siguiente información para que puedan tomar una decisión exacta y correcta de mi caso. El monto mensual en dólares es proporcionado de todas las fuentes de mis ingresos, incluyendo los beneficios de seguro social, pensiones, rentas vitalicias, dividendos, etc. adjunto encontraran la verificación de mi situación de empleo/desempleo así como también copias de mis declaraciones de impuestos federales o los formularios del W-2 de los años anteriores.

**Información del seguro**

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Números de la póliza del seguro: \_\_\_\_\_

**Ingreso mensual**

**YO**

**Cónyuge**

	\$ _____		\$ _____
Salario	\$ _____		\$ _____
Seguro social	\$ _____		\$ _____
Pensión	\$ _____		\$ _____
Impuesto al ingreso	\$ _____		\$ _____
Otros	\$ _____		\$ _____
Totales	\$ _____	+	\$ _____ = \$ _____

Número de dependientes que viven en su casa (lista por edad): \_\_\_\_\_

---

**Declaración del contrato**

“Yo proporciono esta información al servicio de ambulancia del departamento de bomberos de Albany, para evaluar las formas de pagos por el servicio prestado. La información entregada anteriormente es verdadera y de mi entero conocimiento. También comprendo que una copia de mi informe de crédito puede ser solicitada para esta causa, también estoy en conocimiento que apenas mi situación económica financiera mejore el servicio de ambulancia del departamento de bomberos de Albany puede comenzar a cobrar las cuotas correspondiente por el servicio usado. Yo me hago responsable de cualquier saldo restante después de la solicitud a la exención solicitada al servicio de ambulancia del departamento de bomberos de la ciudad de Albany.”

Firma del paciente (Patient Signature): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cónyuge (Spouse Signature): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_