



Complete todos los espacios

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal
¿Tiene seguro médico?	Método principal de contacto (dirección de correo electrónico)		Método secundario de contacto (número de teléfono con código de área)		
Sí No					
Ingreso anual bruto del hogar estimado		Número total de miembros de la familia en el hogar (financiados a través del ingreso anual bruto del hogar, incluido el paciente)			

INFORMACIÓN DEL MÉDICO E INSTITUCIÓN SOLICITANTE

Institución (nombre del hospital o consultorio donde recibe tratamiento)
Nombre del médico solicitante

CIRCUNSTANCIAS EXTENUANTES

Pensión alimenticia o gastos de manutención de hijos > \$1,000 por mes	Actualmente inscrito en un programa de discapacidad a corto o largo plazo con su empleador	Ninguna
Viajes a otro lugar para tratamiento (p. ej., hotel, pasaje aéreo) > \$1,000	Deuda de tarjeta de crédito > \$5000	Otra:
Apoyo a familiares fuera del hogar	Gastos médicos > \$5,000	
Calificado para atención de caridad con mi médico	Pérdida permanente de ingresos debido al diagnóstico o tratamiento	
Comparta cualquier información adicional que desee que nuestro equipo de asistencia financiera tenga en cuenta al revisar su solicitud:		

CONSENTIMIENTO PARA LA SOLICITUD

Paciente Al firmar y enviar esta solicitud, certifico que toda la información proporcionada es correcta y completa, y entiendo que la asistencia financiera puede retirarse si la información es incorrecta. También doy mi consentimiento para que Tempus use la información para evaluar o verificar la elegibilidad para recibir asistencia.	
Representante del paciente Como representante personal del paciente, mi firma certifica que (1) tengo derecho a hacerlo en nombre del paciente, (2) si es posible, le he explicado al paciente la naturaleza y el propósito de esta solicitud, (3) la información establecida anteriormente es, a mi mejor entender, correcta y completa, y (4) doy mi consentimiento para que Tempus use la información para evaluar o verificar la elegibilidad para recibir asistencia.	
Nombre completo:	Teléfono:
Relación con el paciente:	Correo electrónico:
Firma	Fecha

Al firmar, usted indica que toda la información es correcta en la medida de sus capacidades. Si la información proporcionada resulta ser incorrecta, Tempus se reserva el derecho de revocar la asistencia financiera.