



Centro médico del condado de Murray
2042 Juniper Ave * Slayton, MN 56172

SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFA MÓVIL

PARA CONSIDERAR SU SOLICITUD, DEVUELVA UNA SOLICITUD COMPLETA Y FIRMADA INCLUYENDO LAS PRUEBAS REQUERIDAS QUE SE APLICAN A USTED DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN ADJUNTA.

A. (CIRCULE UNO)

Soltero Casado Apartado Divorciado Viudo

Apellido Nombre de pila MI Seguridad Social #

Nombre del cónyuge Nombre de pila MI Seguridad Social #

DIRECCIÓN Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa Teléfono móvil dirección de correo electrónico

Ocupación del solicitante Empleador Salario/salario por hora FT/PT

Ocupación del cónyuge Empleador Salario/salario por hora FT/PT

B. INDIQUE TODOS LOS DEPENDIENTES: (USE PAPEL EXTRA SI ES NECESARIO)

Nombre (Apellido, Nombre) fecha de nacimiento

uno _____

dos _____

tres _____

cuatro _____

C. Ingresos

Solo para uso de la oficina

Salario/salario bruto	\$	\$
(Antes de impuestos MENSUAL)	\$	\$
Ingresos del trabajo por cuenta propia	\$	\$
Ingresos de la granja	\$	\$
Ingresos de la Seguridad Social	\$	\$
Ingresos por Desempleo	\$	\$
Ingresos de compensación laboral	\$	\$
Pensión alimenticia	\$	\$
Manutención de los hijos	\$	\$
Otro (por favor especifique)	\$	\$

INGRESOS TOTALES \$ _____

Por favor responda las preguntas a continuación.

¿Alguna vez ha solicitado el descuento de tarifa móvil en nuestras instalaciones? ¿Si es así cuando? _____
¿Ha consultado sobre los arreglos de pago de su saldo pendiente? _____
Si puede realizar pagos mensuales, ¿cuánto podría pagar cada mes? _____

Otros comentarios:

Infórmenos de cualquier información adicional que desee que consideremos al procesar su solicitud.

_____ Por favor marque aquí si ha adjuntado páginas adicionales.

CESIÓN DE DERECHOS (POR FAVOR LEER DETENIDAMENTE)

Entiendo que Murray County Medical Center mantendrá la confidencialidad de la información y las declaraciones que he proporcionado.

Al firmar a continuación, entiendo que tengo la obligación de proporcionar información completa y veraz al Condado de Murray.

Medical Center y cooperar con cualquiera de las solicitudes de verificación e información adicional del centro. Entiendo

que completar esta solicitud permitirá que Murray County Medical Center considere mis circunstancias, y Murray County Medical Center no garantiza que se garantice un descuento.

Firma _____

Fecha _____

Las solicitudes deben devolverse dentro de los 30 días.

Si está enviando su solicitud para
Descuento de tarifa móvil
vía correo de EE. UU.

Por favor enviar a:

Centro médico del condado de Murray
Attn: Lisa S.
2042 Juniper Avenue
Slayton, MN 56172

Ph: 507-836-1261

Email: sweetmanl@murraycountymed.org

Solo para uso de la oficina

Reviewed by:	_____
Date:	_____
Approved	Denied
Reason If Denied:	_____
If Approved:	_____
CFO Signature:	_____
Date:	_____