

Olde Towne Medical Center
5249 Olde Towne Rd, Suite D
Williamsburg, VA 23188
P (757) 259-3258 F (757) 220-1953

Carta de ayuda financiera

Estamos tratando de determinar si usted apoya financieramente a alguna de las siguientes personas: _____

1. ¿Le da usted dinero a alguna de las personas mencionadas anteriormente? Sí [] No []
2. Si usted le(s) da dinero, ¿Cuál es la cantidad mensual? _____
3. ¿Le(s) da la misma cantidad cada mes? _____
4. ¿Paga usted alguno(s) de los siguientes gastos de esta(s) persona(s)?
 - a. Vivienda \$_____ al mes
 - b. Servicios \$_____ al mes
 - c. Gastos médicos \$_____ al mes
 - d. Otros \$_____ al mes

Completar este formulario, no significa que usted es responsable por cualquier deuda en que la(s) persona(s) mencionada(s) hayan incurrido. La información proporcionada le permitirá a esta(s) persona(s) recibir un descuento en los servicios. Por favor, no dude en llamarnos si tiene alguna pregunta o duda.

Fecha: _____

Firma de la persona que llena esta planilla:

Relación con la persona a quien está ayudando: _____

Número de teléfono de la persona que llena esta planilla: _____

Dirección de la persona que llena esta planilla: _____
