

FHN APPLICATION FOR WAIVER OF FEES

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento : _____

No.de Visita Medica _____

Nombre de Garantor: _____

Direcion: _____

Aseguraza Medica (si es applicable): _____

Numero de Personas en el Hogar: _____

Nombre de Dependientes:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ingreso Mensual de Hogar: _____

Gastos Total de el Hogar: _____

Renta/Epoteca de Hogar	\$
Aseguraza (Total de Hogar/ Auto)	\$
Pago de Auto/Pago de Prestamo	\$
Gastos Mensuales de Utilidades	\$
Gastos de Hogar Comida/ Y Alberge	\$
Gastos Mensuales de Medico/ Pharmacia	\$
Total de Gastos Mensuales	\$

Rason de pedir cuota de perdon y Tipo de Documentation

Como Paciente de FHN, Yo he completado esta forma requerida arriba la mejor manera possible y declare que esta information es correcta. Yo entiendo que la falsification de este document al momento de ser descubrieto resulatra en la revocation de el perdon de cargos.

Paciente/Firma de Garantor: _____ Fecha :

FHN Departamiento de Cobros Representante: _____

Fecha: _____