SPARTANBURG
Regional Healthcare System

Declaración del proveedor

Nombre del paciente:	Número de cuenta:

Esto es una declaración en la que se explica su ayuda mensual con cantidades en dólares de la atención que se presta al paciente. Esto incluye vivienda y comida, gastos personales, etc.

Completando este formulario, usted, el proveedor del paciente, declara que está ayudando al paciente, ya sea permitiéndole vivir en su casa sin costo alguno o dándole ayuda con el costo de vida del paciente mencionado arriba. Esto de ninguna manera lo hace responsable de la factura del hospital del paciente.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llame a los Servicios financieros para pacientes de Spartanburg Regional Healthcare System al 864-596-1001 o al 800-281-5346.

Nombre del proveedor	Relación con el paciente	Número de contacto

Doy al paciente que se menciona arriba la siguiente cantidad calculada en dólares por mes (si no se da ninguna cantidad en dólares, la solicitud será negada):

Gasto	Cantidad mensual	Comentario (si corresponde)
Vivienda		
Comida		
Gastos personales		
Otro		
Total		

¿Incluye al paciente en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, envíe una copia firmada de la declaración de impuestos del proveedor, del año más reciente. Incluya todas las páginas de su declaración de impuestos.

Si la respuesta es no, incluya la primera página (formulario 1040A) de la declaración, para mostrar que no incluye al paciente.

Firma del proveedor _____ Firma del paciente _____

Fecha _____ Hora _____ Fecha _____ Hora _____

SRHS Patient Financial Assistance Program
Patient Financial Services
PO Box 27069
Greenville, SC 29616-2069