



Notificación de la determinación de asistencia financiera

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Nº de cuenta: _____

- **Aprobado** – Su solicitud de asistencia financiera ha sido aprobada. El descuento que califica es de _____ %.*
 - El descuento ha sido aprobado para una sola vez.
 - Esta aplicación y cualquier descuento otorgado aplica solamente para la cuenta y la fecha del servicio especificado. Las cuentas futuras están sujetas a la facturación de rutina.
- **Negado** – Su aplicación para obtener asistencia financiera ha sido negada por el(los) siguiente(s) motivo(s): _____

- **Pendiente** – Su aplicación está pendiente. Para poder completar su aplicación de asistencia financiera todavía necesitamos la siguiente información:

Si se le negó asistencia financiera, póngase en contacto con la oficina comercial al (484)526-3117 para ver sus opciones de plan de pagos.

Firmado: _____