

Pt.name
MRN
DOB

Affix Label

Planificación Familiar/Título X Formulario de Declaración de Necesidad

El cliente _____ solicita aprobación de necesidad financiera temporal solamente para los servicios de Planificación Familiar prestados hoy.

La nueva hoja de ingresos ha sido reevaluada

El cliente es elegible para una necesidad financiera temporal después de una determinación de buena voluntad el (fecha) _____ por el personal de la clínica (repcionista, gerente de enfermería, o departamento de cobros) debido a las siguientes razones según *FP Protocol Appendix B (Section III-C.1 Special Circumstances-Documented Hardship)*

He dicho la verdad acerca de TODAS las fuentes de ingreso de mi familia. En lo mejor de mis habilidades, no he provisto información falsa o retenido información.

Nombre del cliente en letra de molde

Firma del cliente

Fecha

He visto este documento y fui testigo de la firma del cliente.

Firma del personal y título

Fecha