

Formulario de Alojamiento Temporal

Instrucciones: Si está pidiendo ayuda financiera con alojamiento temporal, por favor llene todas las secciones siguientes y envíe con la aplicación de Asistencia Financiera.

Apellido: _____ Primer Nombre: _____
Número de teléfono: _____ Número alternativo: _____
Fecha de nacimiento: _____

Proporcione tres hoteles / moteles más cercanos a su centro de tratamiento para obtener la mejor tarifa.

1) Nombre de hotel: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de teléfono: _____

2) Nombre de hotel: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de teléfono: _____

3) Nombre de hotel: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de teléfono: _____

Patient/Parent signature

Las reservaciones serán garantizadas por una sola noche. Se proporcionarán noches adicionales según lo aprobado por el Comité de Asistencia Financiera si el paciente cumple con las políticas del hotel. Es responsabilidad del paciente mantener cualquier reservación que se haga en su nombre. Si no lo hace, todas las reservaciones futuras se perderán indefinidamente. Si una cancelación es necesaria, esta oficina debe ser notificada un día antes de registrarse al hotel. Por favor comuníquese con nuestra oficina al (239) 936-3756 o sin costo: (888) 850-1622.

Firma

Fecha de firma

----- Sólo para uso interno -----

Resultado / comentarios: