

I. Ingreso familiar

Liste el monto de su ingreso mensual total (*de todas las fuentes*). Es posible que se le pida presentar prueba de sus ingresos, de sus bienes y gastos. Si usted no tiene ingresos, por favor presente una carta de apoyo de la persona que le esté proporcionando vivienda y alimentos.

	Monto mensual
Empleo	_____
Beneficios por pensión/jubilación	_____
Beneficios de Seguro Social	_____
Beneficios por asistencia pública	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Beneficios por desempleo	_____
Beneficios como veterano	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingreso por alquiler de propiedad	_____
Beneficios por huelga	_____
Adjudicación militar	_____
Granja o auto empleo	_____
Otra fuente de ingreso	_____
Total	_____

II. Activos líquidos

	Balance actual
Cuenta de cheques	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acciones, bonos, certificados de depósitos (CD) o <i>money market</i>	_____
Otras cuentas	_____
Total	_____

III. Otros activos

Si usted posee cualquiera de los siguientes bienes, por favor entre el valor aproximado.

Casa	Balance del préstamo _____	Valor aproximado _____
Vehículo	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Otra propiedad		Valor aproximado _____
Total		_____

IV. Gastos mensuales

	Amount
Alquiler o hipoteca	_____
Gastos por servicios públicos	_____
Cuota(s) de vehículo	_____
Tarjetas de crédito	_____
Seguro de vehículo	_____
Seguro médico	_____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
Total	_____

¿Tiene usted alguna otra deuda por servicios médicos? Sí No

¿Por qué servicio? _____

Si ha entrado en un plan de pago, ¿cuál es su cuota mensual? _____

Si usted solicita que el hospital le extienda asistencia financiera adicional, es posible que el hospital requiera información adicional a los efectos de tomar una determinación suplementaria. Firmando este formulario, usted certifica que la información aquí proporcionada es verdadera, y que acuerda notificar al hospital de cualquier cambio referente a la información proporcionada, dentro de los diez días de que el cambio ocurra.

Firma del solicitante

Fecha

Parentesco con el paciente