

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE								
Nombre del paciente			Edad	Número de teléfono		Número de paciente		
Dirección particular				Alquiler <input type="checkbox"/>	¿Vive con sus padres?			
				Propia <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		
SSN	Estado civil	Diagnóstico al alta				Si está embarazada, ¿fecha de parto?		
Nombre y dirección del empleador				Número de teléfono del empleador		¿Cuánto tiempo lleva empleado?		
Puesto/Cargo				Nombre del supervisor				
Si está desempleado, última fecha y lugar de empleo				Puesto/Cargo				
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE								
Nombre		Relación con el paciente		Edad	Número de teléfono			
Dirección, si es diferente a la del paciente								
SSN	Estado civil	Tamaño de la familia	Nombres y edades					
Nombre y dirección del empleador				¿Cuánto tiempo lleva empleado?		Número de teléfono del empleador		
Puesto/Cargo				Nombre del supervisor				
Si está desempleado, última fecha y lugar de empleo				Puesto/Cargo				
Nombre del pariente más cercano					Relación			
Dirección					Número de teléfono			
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE								
Nombre		Edad	SSN		Nombre del empleador			
Dirección del empleador				¿Cuánto tiempo lleva empleado?		Número de teléfono del empleador		
Puesto/Cargo				Nombre del supervisor				
Si está desempleado, última fecha y lugar de empleo				Puesto/Cargo				
INGRESOS MENSUALES				ACTIVOS				
ARTÍCULO	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre	Cuenta(s) corriente(s): banco y número de cuenta	Saldo
Ingreso base								
Horas extras							Cuenta(s) de ahorros: banco y número de cuenta	Saldo
Seguro Social								
Intereses/Dividendos							Otro (banco y número de cuenta, mercado monetario, CD, IRA)	Saldo
Ingresos por alquiler								
Pensión alimenticia/Manutención de menores							Seguro de vida (compañía y número de póliza)	Valor
Desempleo								
Asistencia estatal							Acciones, bonos y fondos mutuos (compañía)	Valor
Cupones de alimentos								
Pensión							Automóviles/Camiones (marca, modelo y año)	Valor
Discapacidad								
Compensación laboral								
Otro							Otros activos (personales, ganado, maquinaria, motocicletas, vehículos recreativos)	Valor
							Bienes raíces (enumere y describa)	Valor actual
<b>TOTAL</b>				<b>ACTIVOS TOTALES</b>				

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

POR FAVOR, COMPLETE LA INFORMACIÓN DE LA MANERA MÁS DETALLADA POSIBLE PARA QUE SE PUEDA EVALUAR CON PRECISIÓN SU SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL. JUNTO CON EL ESTADO FINANCIERO, SE REQUIEREN AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS PARA LA REVISIÓN. POR FAVOR, PROPORCIONE LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS:

1. **IMPUESTO SOBRE LA RENTA FEDERAL Y ESTATAL MÁS RECIENTE PRESENTADO.**
2. **ESTADO DE CUENTA BANCARIA (DE CHEQUES Y AHORROS; ÚLTIMOS TRES MESES)**
3. **VERIFICACIÓN DE INGRESOS (TALONES DE PAGO, CHEQUE DE DESEMPLEO, CHEQUES DE SEGURO SOCIAL, ETC.).**

GASTOS MENSUALES		OTROS GASTOS	PAGO MENSUAL	SALDO	¿PAGO AL DÍA?
ARTÍCULO	PAGO MENSUAL				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		Cuentas de crédito			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Alquiler					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Hipoteca					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Electricidad					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Gas/Propano					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Agua					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Basura		Préstamo personal (nombre y propósito)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Teléfono					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Televisión por cable		Préstamo para automóvil (nombre)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Alimentos					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Ropa		Préstamo para bienes raíces (nombre)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Medicina					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Niñera		Teléfonos celulares/Buscapersonas			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Transporte					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Pensión alimenticia/Manutención de menores		Varios (nombre y propósito)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seguro de automóvil					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seguro de vivienda					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seguro de vida		<b>TOTALES</b>	<b>PAGOS MENSUALES TOTALES</b>	<b>SALDO TOTAL</b>	
Seguro médico					
Impuesto sobre bienes personales		<b>RESUMEN</b>			
Impuesto sobre bienes inmuebles					
Subtotal		<b>Ingreso mensual total</b>	\$ _____		
		<b>Gastos mensuales totales</b>	\$ _____		
		<b>Ingreso discrecional</b>	\$ _____		
		<b>Acuerdos de pago mensuales</b>	\$ _____		
<b>OTROS GASTOS</b>					
¿El paciente no podrá trabajar o ir a la escuela debido a una discapacidad física? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
En caso afirmativo, ¿cuál es la afección o el diagnóstico incapacitante? _____					
¿Cuánto tiempo estará incapacitado el paciente? _____ (Adjunte una declaración del médico).					
<b>COMENTARIOS</b>					
<b>ACUERDO DEL PACIENTE</b>					
El abajo firmante solicita la asistencia financiera indicada en esta solicitud y afirma que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y se hacen con el propósito de obtener asistencia financiera. El acreedor conservará el original o una copia de esta solicitud, incluso si no se concede la asistencia financiera. El abajo firmante también acepta permitir que este centro se ponga en contacto con cualquiera de las referencias anteriores (incluidas las agencias de crédito) o con todas ellas, para la verificación del crédito.					
Firma del paciente			Firma de la parte responsable o del cónyuge		
_____			_____		
Fecha	Representante del centro	Departamento			