

I. Ingresos de la familia

Indique la cantidad de todas sus fuentes de ingresos mensuales. Posiblemente se le exija suministrar una prueba de ingresos, activos y gastos. Si usted no tiene ingresos, por favor, proporcione una carta de apoyo de la persona que le proporciona alojamiento y comidas.

	Cantidad mensual
Empleo	_____
Beneficios de jubilación/pensión	_____
Beneficios de Seguro Social	_____
Beneficios de asistencia pública	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Beneficios de desempleado	_____
Beneficios para veteranos	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingresos por propiedades en alquiler	_____
Beneficios de huelga	_____
Adjudicación militar	_____
Empleo en granja o autoempleo	_____
Otras fuentes de ingresos	_____
Total	_____

II. Activos líquidos

	Saldo actual
Cuenta corriente	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acciones, bonos, certificados de depósito o en el mercado monetario	_____
Otras cuentas	_____
Total	_____

III. Otras activos

Si es propietario de cualquiera de los siguientes elementos, indique el tipo y valor aproximado.

Vivienda	Saldo del préstamo _____	Valor aproximado _____
Automóvil	Marca ___ No corresponde ___ Año ___ No corresponde ___	Valor aproximado ___ No corresponde ___
Vehículo adicional	Marca ___ No corresponde ___ Año ___ No corresponde ___	Valor aproximado ___ No corresponde ___
Vehículo adicional	Marca ___ No corresponde ___ Año ___ No corresponde ___	Valor aproximado ___ No corresponde ___
Otros bienes		Valor aproximado ___ No corresponde ___
Total		_____

IV. Gastos mensuales

	Cantidad
Alquiler o hipoteca	_____ No corresponde _____
Servicios públicos	_____ No corresponde _____
Pago(s) de automóvil	_____ No corresponde _____
Tarjeta(s) de crédito	_____ No corresponde _____
Seguro de automóvil	_____ No corresponde _____
Seguro de salud	_____ No corresponde _____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____ No corresponde _____
Total	_____

¿Tiene otras facturas médicas sin pagar? Sí No

¿Por cuál servicio? _____

Si ha acordado un plan de pago, ¿cuál es el pago mensual? _____

Si solicita que el hospital le extienda asistencia financiera adicional, el hospital podría solicitarle información adicional con el fin de tomar una determinación complementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información proporcionada es verdadera y se compromete a notificar al hospital acerca de cualquier cambio en la información proporcionada en un lapso de diez días posteriores al cambio.

Firma del solicitante

Fecha

Relación con el paciente