

SOLICITUD PARA RECIBIR AYUDA ECONÓMICA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE						
Nombre del paciente			Edad	N.º de teléfono	N.º de paciente	
Domicilio				Alquila <input type="checkbox"/>	¿Vive con sus padres? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
				Es propietario <input type="checkbox"/>		
Número de Seguridad Social (SSN)	Estado Civil	Diagnóstico de alta			Si está embarazada ¿cuál es la fecha estimada del nacimiento?	
Nombre y dirección del empleador			N.º de teléfono del empleador	¿Hace cuánto tiempo que es empleado?		
Cargo/Título			Nombre del supervisor			
Si está desempleado, última fecha y lugar de empleo			Cargo/Título			
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE						
Nombre		Relación con el paciente		Edad	N.º de teléfono	
Domicilio, si es diferente al del paciente						
Número de Seguridad Social (SSN)	Estado Civil	Cantidad de miembros del grupo familiar	Nombres y edades			
Nombre y dirección del empleador			¿Hace cuánto tiempo que es empleado?	N.º de teléfono del empleador		
Cargo/Título			Nombre del supervisor			
Si está desempleado, última fecha y lugar de empleo			Cargo/Título			
Nombre del familiar más cercano				Relación		
Dirección				N.º de teléfono		
INFORMACIÓN DEL CONYUGE						
Nombre		Edad	Número de Seguridad Social (SSN)	Nombre del empleador		
Dirección del empleador			¿Hace cuánto tiempo que es empleado?	N.º de teléfono del empleador		
Cargo/Título			Nombre del supervisor			
Si está desempleado, última fecha y lugar de empleo			Cargo/Título			
INGRESO MENSUAL			ACTIVOS			
ÍTEM	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <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 ahorro: banco y número de cuenta		Saldo
Seguridad Social						
Intereses/Dividendos				Otros (banco y número de cuenta, mercado monetario, certificado de depósito [CD], cuenta individual de jubilación [IRA])		Saldo
Ingreso por alquiler						
Cuota alimentaria/manutención infantil				Seguro de vida (compañía y número de póliza)		Valor
Desempleo						
Ayuda estatal				Acciones, bonos y fondos mutuos de inversión (compañía)		Valor
Cupones para alimentos						
Pensión				Automóviles/camionetas (marca, modelo y año)		Valor
Discapacidad						
Indemnización por accidentes laborales						
Otro				Otros activos (personales, ganado, máquinas, motocicletas, vehículos recreativos [RV]). Bienes raíces (listar y describir)		Valor actual
TOTAL				ACTIVOS TOTALES		

COMPLETE LA INFORMACIÓN CON LA MAYOR EXACTITUD POSIBLE PARA QUE SE PUEDA REALIZAR UNA EVALUACIÓN PRECISA DE SU SITUACIÓN ECONÓMICA ACTUAL. JUNTO CON EL ESTADO FINANCIERO, ES NECESARIO EVALUAR AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES ÍTEMS. COMPLETE LOS SIGUIENTES ÍTEMS:

1. ÚLTIMA DECLARACIÓN PRESENTADA DE IMPUESTOS SOBRE LA RENTA FEDERALES Y ESTATALES
2. ESTADO DE CUENTA BANCARIA (CUENTAS CORRIENTES Y DE AHORRO; ÚLTIMOS TRES MESES)
3. VERIFICACIÓN DE INGRESOS (RECIBOS DE PAGO, CHEQUES POR DESEMPLEO, CHEQUES DE SEGURIDAD SOCIAL, ETC.)

GASTOS MENSUALES		OTROS GASTOS	PAGO MENSUAL	SALDO	¿PAGO AL DÍA?
ÍTEM	PAGO MENSUAL	Cargar cuentas			<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
Desechos		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
Comida					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Ropa		Préstamo para bienes raíces (nombre)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Medicamentos					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cuidado de niños		Teléfonos celulares/buscapersonas			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Transporte					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cuota alimentaria/ manutención infantil		Varios (nombre y propósito)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seguro de automóvil					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seguro del hogar					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seguro de vida		TOTALES	PAGOS MENSUALES TOTALES	SALDO TOTAL	
Seguro médico					
Impuesto sobre bienes personales					
Impuesto sobre bienes raíces					
Subtotal		RESUMEN			
		Ingreso mensual total		\$ _____	
		Gastos mensuales totales		\$ _____	
		Ingreso discrecional		\$ _____	
		Acuerdos de pagos mensuales		\$ _____	
OTROS GASTOS					
¿El paciente será incapaz de ir a la escuela o al trabajo debido a una discapacidad física? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
Si la respuesta es Sí, ¿cuál es el diagnóstico o la afección incapacitante? _____					
¿Cuánto tiempo se prevé que dure la discapacidad del paciente? _____ (Adjunte el certificado médico).					
COMENTARIOS					
ACUERDO DEL PACIENTE					
Quien suscribe solicita la ayuda económica que se menciona en esta solicitud y declara que todo lo expuesto en esta solicitud es verdadero y tiene como fin obtener la ayuda económica. El acreedor retendrá el documento original o la copia de esta solicitud, incluso si no se otorga la ayuda económica. Quien suscribe también acepta permitir que este centro médico se comunique con cualquiera de las referencias mencionadas arriba para realizar una verificación de solvencia, incluidas las oficinas de crédito.					
Firma del paciente _____					
Firma del cónyuge o de la parte responsable departamento _____					
Representante del centro médico _____					
Fecha _____					