

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE						
Nombre del paciente		Edad	N.º de teléfono		N.º de paciente	
Domicilio particular		Alquiler <input type="checkbox"/>	Dueño <input type="checkbox"/>		¿Vive con los padres? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
NSS	Estado civil	Diagnóstico de alta hospitalaria			Si está embarazada, fecha de parto	
Nombre y dirección del empleador			N.º de teléfono del empleador	¿Desde cuándo es empleado?		
Puesto/Cargo			Nombre del supervisor			
Si está desempleado, última fecha y lugar de empleo			Puesto/Cargo			
INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE						
Nombre		Vínculo con el paciente	Edad	N.º de teléfono		
Dirección, si es diferente a la del paciente						
NSS	Estado civil	Tamaño de la familia	Nombres y edades			
Nombre y dirección del empleador			¿Desde cuándo es empleado?	N.º 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				N.º de teléfono		
INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE						
Nombre		Edad	NSS	Nombre del empleador		
Dirección del empleador			¿Desde cuándo es empleado?	N.º de teléfono del empleador		
Puesto/Cargo			Nombre del supervisor		Puesto/Cargo	
Si está desempleado, última fecha y lugar de empleo			Puesto/Cargo			
INGRESOS MENSUALES			ACTIVOS			
ÍTEM	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre
Ingreso básico					Cuenta(s) de cheques: banco y número de cuenta	Saldo
Horas extra					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
Ingreso por alquiler						
Pensión alimenticia/Manutención de los hijos					Seguro de vida (compañía y número de póliza)	Valor
Desempleo						
Asistencia estatal					Acciones, bonos y fondos mutuos (compañía)	Valor
Estampillas de alimentos						
Pensión					Automóviles/Camiones (marca, modelo y año)	Valor
Discapacidad						
Compensación del trabajador						
Otro					Otros activos (bienes personales, ganado/animales de granja, maquinaria, motocicletas, casas rodantes)	Valor
					Bienes raíces (enumere y describa)	Valor actual
TOTAL					ACTIVOS TOTALES	

COMPLETE LA INFORMACIÓN CON EL MAYOR NIVEL DE DETALLE POSIBLE PARA PODER REALIZAR UNA EVALUACIÓN CORRECTA DE SU SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL. ADEMÁS DEL ESTADO FINANCIERO, SE REQUIEREN AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS PARA LA REVISIÓN. PROPORCIONE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1. ÚLTIMA DECLARACIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA ESTATAL Y FEDERAL PRESENTADA
2. ESTADO DE CUENTAS BANCARIAS (DE CHEQUES Y DE AHORROS, ÚLTIMOS TRES MESES)
3. CONSTANCIA DE INGRESOS (TALONES DE CHEQUES DE SUELDO, CHEQUE DE DESEMPLEO, CHEQUES DEL SEGURO SOCIAL, ETC.)

GASTOS MENSUALES		OTROS GASTOS	PAGO MENSUAL	SALDO	¿PAGO AL DÍA?
ÍTEM	PAGO MENSUAL	Cuentas de crédito			No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Alquiler					No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Hipoteca					No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Electricidad					No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Gas/Propano					No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Agua					No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Basura		Préstamo personal (nombre y propósito)			No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Teléfono					No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
TV por cable		Préstamo para automóvil (nombre)			No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Comida					No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Ropa		Préstamo para bienes raíces (nombre)			No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Medicamentos					No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Niñera		Teléfonos celulares/Bíper			No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Transporte					No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Pensión alimenticia/Manutención de los hijos		Varios (nombre y propósito)			No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Seguro de automóviles					No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Seguro de la vivienda					No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Seguro de vida					
Seguro médico					
Impuesto sobre bienes personales					
Impuesto sobre bienes raíces					
Subtotal					
		TOTALES	TOTAL DE PAGOS MENSUALES	SALDO TOTAL	
RESUMEN					
		Total de ingresos mensuales		\$ _____	
		Total de gastos mensuales		\$ _____	
		Ingresos discrecionales		\$ _____	
		Arreglos de pagos mensuales		\$ _____	
OTROS GASTOS					
¿El paciente no podrá trabajar o ir a la escuela debido a una incapacidad física?			No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Si la respuesta es Sí, ¿cuál es el diagnóstico o afección que origina la incapacidad? _____					
¿Cuánto tiempo estará incapacitado el paciente? _____ (Adjunte una declaración del médico).					
COMENTARIOS					
ACUERDO DEL PACIENTE					
La persona que suscribe solicita la ayuda financiera que se indica en esta solicitud, y declara que todas las afirmaciones hechas en la presente son verdaderas y tienen como fin obtener la ayuda financiera mencionada. El acreedor conservará el original o una copia de esta solicitud, aunque la ayuda financiera no se otorgue. Quien suscribe también acuerda permitir a este establecimiento comunicarse con todas y cada una de las referencias antedichas para verificar la situación crediticia, incluidas oficinas de crédito.					
Firma del paciente _____					
Firma del cónyuge o la persona responsable _____					
Departamento del representante del establecimiento _____					
Fecha _____					