

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

INFORMACION DEL PACIENTE					
Nombre del paciente		Años	Teléfono no.		Paciente No.
Dirección de casa Alquiler <input type="checkbox"/>					¿Vivir con padres? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Propio <input type="checkbox"/>					
SSN	Estado civil	Diagnóstico de alta			Si está embarazada, ¿fecha de parto?
Nombre y dirección del empleador			Número de teléfono del empleador	Cuanto tiempo empleado?	
Título del Puesto			nombre del supervisor		
Si está desempleado, última fecha y lugar de empleo			Título del Puesto		
INFORMACION DEL RESPONSABLE					
Nombre		Relación con el paciente	Años	Teléfono no.	
Dirección postal, si es diferente del paciente					
SSN	Estado civil	Tamaño de la familia	Nombres y edades		
Nombre dirección del empleador			Cuanto tiempo empleado?	Número de teléfono del empleador	
Título del Puesto			nombre del supervisor		
Si está desempleado, última fecha y lugar de trabajo			Título del Puesto		
Nombre del más cercano Relativo				Relación	
Habla a				Teléfono no.	
INFORMACION DEL CONYUGE					
Nombre		Años	SSN	Nombre del empleador	
Empleador Habla a			Cuanto tiempo empleado?	Número de teléfono del empleador	
Título del Puesto			nombre del supervisor		
Si está desempleado, última fecha y lugar de trabajo				Título del Puesto	
INGRESO MENSUAL			BIENES		
ARTICULO	<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) de cheques: número de cuenta y banco	Equilibrar
Renta base					
Tiempo extraordinario				Cuenta (s) de ahorro: número de cuenta y banco	Equilibrar
Seguridad Social					
Intereses / dividendos				Otro (banco y número de cuenta, mercado monetario, CD, IRA)	Equilibrar
Ingresos de alquiler					
Pensión alimenticia / manutención infantil				Seguro de vida (compañía y número de póliza)	Valor
Desempleo					
Asistencia estatal				Acciones, bonos y fondos mutuos (empresa)	Valor
Cupones de alimentos					
Pensión				Automóviles / Camiones (marca, modelo y año)	Valor
Discapacidad					
Compensación al trabajador					
Otro				Otros activos (personal, ganadería, maquinaria, motocicletas, vehículos recreativos)	Valor
				Bienes raíces (enumere y describa)	Valor presente
TOTAL				LOS ACTIVOS TOTALES	

POR FAVOR, COMPLETE LA INFORMACIÓN LO MÁS COMPLETAMENTE POSIBLE PARA QUE SE PUEDA DETERMINAR UNA EVALUACIÓN PRECISA DE SU SITUACIÓN FINANCIERA ACTUAL. JUNTO CON EL ESTADO FINANCIERO, SE REQUIEREN AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES PUNTOS PARA SU REVISIÓN. POR FAVOR PROPORCIONE LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS:

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

GASTOS MENSUALES		OTROS GASTOS	MENSUALIDAD	EQUILIBRAR	PAGO ACTUAL?
ARTICULO	MENSUALIDAD	Cuentas de cargo			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Alquilar					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hipoteca					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Electricidad					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gas / propano					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Agua					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Negar		Préstamo personal (nombre y propósito)			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Teléfono					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Televisión por cable		Préstamo de automóvil (nombre)			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Comida					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ropa		Préstamo inmobiliario (nombre)			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Medicamento					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Niñera		Teléfonos móviles / buscapersonas			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Transporte					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pensión alimenticia / manutención infantil		Varios (nombre y propósito)			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Seguro de auto					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Seguro de hogar					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Seguro de vida		TOTALES		PAGOS MENSUALES TOTALES	BALANCE TOTAL
Seguro de salud					
Impuesto sobre la propiedad personal					
Impuesto sobre bienes inmuebles		RESUMEN			
Total parcial		Ingreso mensual total \$			
		Gastos mensuales totales \$			
		Ingresos discrecionales \$			
		Arreglos de pago mensual \$			
		OTROS GASTOS			
¿El paciente no podrá trabajar o ir a la escuela debido a una discapacidad física? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si					
En caso afirmativo, ¿cuál es la condición o diagnóstico de discapacidad? _____					
¿Cuánto tiempo estará discapacitado el paciente? (Adjunte una declaración del médico). _____					
COMENTARIOS					
ACUERDO DEL PACIENTE					
El abajo firmante solicita la asistencia financiera indicada en esta solicitud y declara que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y están hechas con el propósito de obtener asistencia financiera. El acreedor conservará el original o una copia de esta solicitud, incluso si no se otorga asistencia financiera. El abajo firmante también acepta permitir que esta facilidad se comunique con cualquiera o todas las referencias anteriores para verificación de crédito, incluidas las agencias de crédito.					
Firma del paciente _____					
Firma del cónyuge o parte responsable _____					
Departamento de Representantes de Instalaciones _____					
Fecha _____					