



**Estado Financiero Confidencial (Solicitud de Ayuda Financiera)**

Nombre del paciente:	Fecha de servicio:
Número de paciente:	

**Parte Responsable**

Nombre	Estado Civil	Número de Seguro Social
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	¿Cuánto tiempo tiene en esta dirección?	Teléfono residencial
Nombre y dirección del empleador		Teléfono de la compañía
Posición/Título	Ingreso Mensual - Bruto	Ingreso Mensual – Neto
Tiempo que tiene en el empleo actual		

**SECCIÓN A - Solo para pacientes mayores de 18 años**

**Cónyuge o pareja de hecho (para pacientes mayores de 18 años)**

Nombre	Número de Seguro Social	
Nombre y dirección del empleador		Teléfono de la compañía
Posición/Título	Ingreso Mensual – Bruto \$	Ingreso Mensual – Neto \$
Tiempo que tiene en el empleo actual		

**Dependientes menores de 21 años**

Nombre y fecha de nacimiento de todos los dependientes en el hogar	Número total de dependientes
--	------------------------------

**SECCIÓN B - Para pacientes menores de 18 años**

**Padre o pariente cuidador (para pacientes menores de 18 años)**

Nombre		Número de Seguro Social
Nombre y dirección del empleador		Teléfono de la compañía
Posición/Título	Ingreso Mensual – Bruto \$	Ingreso Mensual – Neto \$
Tiempo que tiene en el empleo actual		

**Padre adicional o pariente cuidador (para pacientes menores de 18 años)**

Nombre		Número de Seguro Social
Nombre y dirección del empleador		Teléfono de la compañía
Posición/Título	Ingreso Mensual – Bruto \$	Ingreso Mensual – Neto \$
Tiempo que tiene en el empleo actual		

**Otros hijos menores de 21 años del padre o pariente cuidador.**

Nombre y fecha de nacimiento de todos los niños en el hogar	Número total de hijos
---	-----------------------

**SECCIÓN C: Para TODOS los Pacientes**

**Ingreso Familiar del Paciente Por Mes**

Ingresos del Trabajo	\$	Compensación de Trabajadores	\$
Beneficios por Desempleo	\$	Manutención de los hijos/Pensión alimenticia	\$
Seguro Social	\$	Ingresos por alquiler	\$
Discapacidad	\$	Otro	\$

**Gastos Familiares del Paciente por Mes**

Pago de Hipoteca / Alquiler	\$	¿Es dueño de su casa? (Sí / No):	
Saldo de la hipoteca	\$		
Comida	\$	Médico / Dental	\$
Servicios públicos	\$	Doctor – Nombre	\$
Electricidad	\$	Doctor – Nombre	\$
Gas	\$	Doctor – Nombre	\$
Agua / Alcantarillado	\$	Tarjetas de crédito	\$
Basura	\$	Límite de Visa	\$
Teléfono	\$	Límite de MasterCard	\$
Cable	\$	Límite de Discover	\$
Pagos automáticos	\$	Otro límite	\$
Gastos de Auto	\$	Préstamos a plazos	\$
Seguro	\$	Manutención de los hijos / Pensión alimenticia	\$
Prima del auto	\$	Gastos varios	\$
Seguro de vida	\$		
Seguro de enfermedad	\$		
OFFICE USE ONLY		Que yo sepa, la información proporcionada anteriormente es cierta. Autorizo que el Hospital o su agente obtengan un informe del Buró de crédito para verificar mi situación financiera.	
Gross Income	_____		
Net Income	_____		
Total Expenses	_____		
Total Net Income/(Loss)	_____		
		_____	
		PACIENTE/GARANTE	
		FIRMA / FECHA	

**Verificación de ingresos para Cuidado con descuento y Cuidado Caritativo**

- (a) Con el fin de determinar la elegibilidad para **el Cuidado con descuento**, la documentación de los ingresos se limitará a los dos talones de pago más recientes o a las declaraciones de impuestos sobre los ingresos recientes.
- (b) Con el fin de determinar la elegibilidad para **el Cuidado caritativo**, la documentación de ingresos puede incluir el formulario W-2 del IRS, SSA-1099 u otros indicadores apropiados de ingresos. Alternativamente, los pacientes pueden presentar documentación que demuestre la participación actual del paciente en programas de beneficios públicos, incluidos el Seguro Social, la Compensación para Trabajadores, los Beneficios del Seguro de Desempleo, Medicaid, la Salud de Indigentes del Condado, TANF, Cupones de Alimentos, WIC u otros programas similares relacionados con la indigencia