



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