

I. Ingreso Familiar

Liste el monto de sus ingresos mensuales de todas las fuentes. Podrá solicitársele que presente prueba de ingresos, bienes, y gastos. Si no tienen ingresos, por favor presente una carta de manutención de la persona que le esté proveyendo vivienda y alimentos.

	Monto Mensual
Empleo	_____
Beneficios de jubilación/pensión	_____
Beneficios del Seguro Social	_____
Beneficios de Asistencia Pública	_____
Beneficios por Incapacidad	_____
Beneficios por Desempleo	_____
Beneficios de Veterano	_____
Pensión Alimentaria	_____
Ingresos por alquiler de inmuebles	_____
Beneficios por Huelga	_____
Asignación Militar	_____
Granja o Empleo por Cuenta Propia	_____
Otras Fuentes de Ingreso	_____
Total	_____

II. Activos Líquidos

	Balance a la Fecha
Cuenta Corriente	_____
Cuenta de Ahorros	_____
Acciones, Bonos, CD, o Mercado de Dinero	_____
Otras cuentas	_____
Total	_____

III. Otros Bienes

Si es dueño de alguna de los siguientes artículos, por favor liste el tipo y el valor aproximado.

Casa	Balance del préstamo _____	Valor Aproximado _____
Automóvil	Marca _____ Año _____	Valor Aproximado _____
Vehículo Adicional	Marca _____ Año _____	Valor Aproximado _____
Vehículo Adicional	Marca _____ Año _____	Valor Aproximado _____
Otros bienes		Valor Aproximado _____
		Total _____

IV. Gastos Mensuales

	Monto
Alquiler o Hipoteca	_____
Servicios	_____
Pago(s) del automóvil	_____
Tarjeta (s) de crédito	_____
Seguro del automóvil	_____
Seguro de Salud	_____
Otros Gastos Médicos	_____
Otros Gastos	_____
Total	_____

¿Tiene alguna otra factura médica impaga? **Sí** **No**
 ¿Por qué servicio? _____
 ¿Si ha acordado un plan de pagos, cuál es el pago mensual? _____

Si usted solicita que el hospital le extienda ayuda financiera adicional, el hospital podrá solicitar información adicional para hacer una determinación de ayuda suplementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información que ha brindado es veraz y que está de acuerdo en notificar al hospital de cualquier cambio en la información brindada dentro de un plazo de 10 días.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Relación o parentesco con el paciente _____