

FORMULARIO DE EVALUACIÓN FINANCIERA

(Escriba en letra de imprenta legible)

Nombre del paciente _____ N.º de Seguro Social (SS) _____ - _____ - _____

Dirección del paciente _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º telef. casa () _____ - _____ N.º telef. casa () _____ - _____

Nombre del cónyuge (si aplica) _____ N.º de Seguro Social (SS) _____ - _____ - _____

Dirección del cónyuge _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º telef. casa () _____ - _____ N.º telef. casa () _____ - _____

MENCIONE TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 21 AÑOS DE EDAD

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (NO complete si el paciente es la persona responsable)

Nombre de la persona responsable _____ N.º de Seguro Social (SS)# _____ - _____ - _____

Dirección del paciente _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ N.º telef. casa () _____ - _____ N.º telef. casa () _____ - _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Lugar de empleo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N.º telefónico () _____ - _____ Extensión _____ Nombre del supervisor _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tiene seguro médico? Sí No

En caso AFIRMATIVO, nombre de la empresa _____ Póliza # _____

¿Alguna vez ha solicitado un programa de asistencia médica estatal? Sí No

En caso AFIRMATIVO, en cuál estado _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

¿Recibió asistencia del estado? Sí No

FORMULARIO DE EVALUACIÓN FINANCIERA

(Escriba en letra de imprenta legible)

Suministre un comprobante de ingresos y gastos junto con esta solicitud.

Puede incluir los 2 recibos de pago, formularios W-2, estados de cuenta bancarios, facturas de servicios públicos o declaraciones de hipoteca más recientes.

INGRESOS MENSUALES

	BRUTOS	NETOS
Salario del paciente _____	_____	_____
Cónyuge/otro _____	_____	_____
Ingresos del Seguro Social _____	_____	_____
Ingresos por discapacidad _____	_____	_____
Ingresos de pensiones _____	_____	_____
Ingresos por intereses _____	_____	_____
Desempleo _____	_____	_____
TOTAL _____	_____	_____

OTRO DINERO RECIBIDO

Pensión alimenticia _____	_____	_____
Manutención infantil _____	_____	_____
Otro _____	_____	_____
TOTAL _____	_____	_____

OTROS ACTIVOS

Nombre del banco (cuenta de ahorros) _____
Cuenta # _____

Nombre del banco (cuenta corriente) _____
Cuenta # _____

Nombre del banco (cuenta de ahorros) _____
Cuenta # _____

Nombre de la institución financiera _____
Cuenta # _____

Otras cuentas bancarias _____

¿Posee acciones? Sí No

¿Posee bonos? Sí No

¿Posee bienes? Sí No

He respondido las preguntas de la presente solicitud de manera correcta hasta donde recuerdo y según mis expedientes. Entiendo que el Comité de Revisión de Cuentas en Doctors Community Health System puede solicitar más información a las agencias de informes de crédito, empleadores y otras terceras partes.

Firma del solicitante _____

Fecha de la solicitud _____

GASTOS MENSUALES

Alquiler/hipoteca _____

Pagadero a _____

N.º telefónico () _____ - _____ Ext. _____

Año _____ Marca _____ Modelo _____

Financiado por _____

N.º telefónico () _____ - _____ Ext. _____

Electricidad _____

Servicio público de gas _____

Teléfono _____

Manutención infantil _____

Médico/odontológico (Vea más adelante) _____

TOTAL _____

DOCUMENTE TARJETAS DE CRÉDITO Y GASTOS MÉDICOS U ODONTOLÓGICOS

Enumere las tarjetas de crédito

Cuenta # _____

Cuenta # _____

Cuenta # _____

Enumere los gastos médicos y odontológicos

Otros gastos
