

I. Ingresos familiares

Enumere la cantidad de sus ingresos mensuales de todas las fuentes. Es posible que se le pida que brinde comprobantes de ingresos, bienes y gastos. Si no tiene ingresos, brinde una carta de respaldo de la persona que le brinda hospedaje y alimentación.

Cantidad mensual	_____
Empleo	_____
Beneficios de jubilación/pensión	_____
Beneficios de la seguridad social	_____
Beneficios de la asistencia pública	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Beneficios por desempleo	_____
Beneficios para veteranos	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingresos por alquiler de propiedad	_____
Beneficios por huelga	_____
Asignación militar	_____
Granja o empleo por cuenta propia	_____
Otra fuente de ingresos	_____
Total:	_____

II. Bienes disponibles

Saldo actual

Cuenta corriente	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acciones, bonos, CD, o mercado monetario	_____
Otras cuentas	_____
Total: _____	

III. Otros bienes

Si posee cualquiera de los siguientes elementos, mencione el tipo y el valor aproximado.

Residencia	Saldo del préstamo _____	Valor aproximado _____
Automóvil	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____

Total: _____

IV. Gastos mensuales

Cantidad

Alquiler o hipoteca	_____
Servicios públicos	_____
Pago(s) de automóvil	_____
Seguro de salud	_____
Otros gastos médicos	_____
Otros gastos	_____
Total: _____	

¿Tiene alguna otra cuenta médica sin pagar? Sí No

¿Por qué servicio? _____

Si tiene un plan de arreglo de pago, ¿cuánto es su pago mensual? _____

Si solicita que el hospital extienda asistencia financiera adicional, el hospital podría solicitar información adicional para hacer una determinación complementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información brindada es verdadera y acepta notificarle al hospital sobre cualquier cambio en la información brindada dentro de los diez días posteriores al cambio.

X _____
Firma del solicitante

X _____
Fecha

X _____
Relación con el paciente

SOLICITUD UNIFORME DE ASISTENCIA FINANCIERA 121020