

Nombre del paciente en letra de molde \_\_\_\_\_

No. de cuenta o No. de Seguridad Social \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Todas las preguntas deben ser respondidas. Si una pregunta no corresponde, escriba N/A en la línea. Adjunte una fotocopia de **una de las siguientes** pruebas de ingresos al formulario completado:

1. Declaración de impuestos de años pasados
2. Cheque de seguridad social o carta de adjudicación
3. Últimos 2 comprobantes de cheques de pago
4. Carta de adjudicación de desempleo o cupones de alimentos
5. Carta del empleador - (para incluir el nombre del empleado, salario por hora, cantidad de horas trabajadas)

Ciudadanía (marque una):  Ciudadano estadounidense  No ciudadano estadounidense

Estado civil (marque uno):  Casado  Soltero  Divorciado  Separado

Nombres de dependientes (deducciones legales en su declaración de impuestos) Número en el hogar \_\_\_\_\_

Nombre: _____	Parentesco _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre: _____	Parentesco _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre: _____	Parentesco _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre: _____	Parentesco _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre: _____	Parentesco _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre: _____	Parentesco _____	Fecha de nacimiento _____

Vivienda (marque una):  Propia  Alquiler  Pago Pago de casa \$ \_\_\_\_\_ / mes

Servicios Electricidad \$ \_\_\_\_\_ /mes Gas \$ \_\_\_\_\_ /mes Agua \$ \_\_\_\_\_ /mes

Automóviles: Propio (¿Cuántos?) \_\_\_\_\_ Arrendado (¿Cuántos?) \_\_\_\_\_ Pago(s) del automóvil: \$ \_\_\_\_\_ /mes

Cuentas bancarias/Otros bienes (**debe responder todas las tres preguntas**) Adjunte una fotocopia del estado bancario

¿Cuenta corriente? Sí No \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuenta de ahorros? Sí No \$ \_\_\_\_\_

¿Bienes adicionales? (Marque una con un círculo) Sí No Describa: \_\_\_\_\_

**Empleo – PACIENTE** Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

**Empleo – Cónyuge/GARANTE** \_\_\_\_\_ – Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Paciente	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo	Cónyuge/Garante	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo
	<input type="checkbox"/> Empleado tiempo parcial		<input type="checkbox"/> Empleado tiempo parcial
	<input type="checkbox"/> No empleado		<input type="checkbox"/> No empleado

<b>Otra ayuda</b>	Pensión \$ _____ por mes	Manutención infantil \$ _____ por mes
	Fondo fiduciario \$ _____ por mes	Beneficio para sobrevivientes \$ _____ por mes
	Desempleo \$ _____ por mes	Comp. del trabajador \$ _____ por mes

**Ingreso familiar total \$ \_\_\_\_\_ por mes (la adjudicación requiere comprobante de ingresos con la solicitud)**

Por la presente declaro que la información anterior es verdadera y correcta. Si la información suministrada es inexacta o incompleta, o si el ingreso familiar del paciente excede las directrices de beneficencia, entiendo que seré responsable del pago del saldo total de la factura. Entiendo que esta determinación es condicional y no se aplica a reclamaciones de terceros, tales como juicios, acuerdos, embargos preventivos o cualquier otro pago o responsabilidad de terceros. Yoakum Community Hospital conserva sus derechos para recuperar el saldo total de mi factura de cualquier recurso de terceros en la medida máxima permitida por la ley. Si mi (nuestro) caso es seleccionado para la clasificación de cuidado de indigente, yo (nosotros) doy mi (nuestro) consentimiento a Yoakum Community Hospital para obtener información de cualquier fuente para verificar las declaraciones que he hecho.

# Yoakum Community Hospital

# Formulario de información financiera

Nombre del paciente en letra de molde

No. de cuenta o No. de Seguridad Social

Firma del Paciente/garante

Fecha