

# EVALUACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA - FORMULARIO DE SOLICITUD DEL PACIENTE



Fecha: \_\_\_\_\_

|                                     |                                  |                                  |                               |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDO       |                                  | 1 <sup>ER</sup> NOMBRE           | 2 <sup>O</sup> NOMBRE         |
| DIRECCIÓN DEL PACIENTE              |                                  | # DE EXPEDIENTE MÉDICO           |                               |
| CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL       | #DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE   | TAMAÑO DE LA FAMILIA (REQUERIDO) |                               |
| APELLIDO DE SOLTERA U OTRO APELLIDO |                                  | # DE TELÉFONO<br>( )             |                               |
| NOMBRE DEL PARIENTE MÁS CERCANO     |                                  | #DE TELÉFONO: ( )                | # TELÉFONO DEL TRABAJO<br>( ) |
| TELÉFONO DE EMERGENCIA              | FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE | # DE TELÉFONO MÓVIL<br>( )       |                               |

| PARTE RESPONSABLE  |                    | CÓNYUGE  |                    |
|--|--------------------|--|--------------------|
| NOMBRE   | OCUPACIÓN          | NOMBRE   | OCUPACIÓN          |
| EMPLEADOR (DESCRIBA SI ES INDEPENDIENTE)   | #DE SEGURO SOCIAL  | EMPLEADOR (DESCRIBA SI SE AUTOEMPLEA)  | #DE SEGURO SOCIAL  |
| DIRECCIÓN  |                    | DIRECCIÓN  |                    |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR  |                    | NOMBRE DEL SUPERVISOR  |                    |
| TELÉFONO   | AÑOS EN ESE EMPLEO | TELÉFONO   | AÑOS EN ESE EMPLEO |
| SUELDO (REQUERIDO)<br>\$ _____ <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL |                    | SUELDO (REQUERIDO)<br>\$ _____ <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL |                    |

| ACTIVOS/BIENES   |          | OBLIGACIONES/GASTOS                                     |          |         |
|--|----------|---|----------|---------|
| DINERO EN EFECTIVO DISPONIBLE ....                                   | \$ _____ | PAGOS DE HIPOTECA .....                                 | \$ _____ |         |
| CUENTA DE CHEQUES .....  | \$ _____ | PRIMA DE SEGUROS/ASEGURANZA<br>(AUTO/SALUD/CASA) .....  | \$ _____ |         |
| CUENTA DE AHORROS .....  | \$ _____ | IMPUESTOS .....   | \$ _____ |         |
| CUENTA DE UNA COOPERATIVA DE<br>CRÉDITO (CREDIT UNION ACCOUNT) ..... | \$ _____ | SERVICIOS (GAS, ELECTRICIDAD, AGUA) .....               | \$ _____ |         |
| VALOR DE SUS PROPIEDADES .....                                       | \$ _____ | PAGOS DE AUTOMÓVIL .....                                | \$ _____ |         |
| VEHÍCULOS DE MOTOR QUE POSEE ....                                    | \$ _____ | COMIDA .....  | \$ _____ |         |
| MARCA: _____ AÑO _____   |          | PAGO DE ALQUILER DE CASA SI ALQUILA ....                | \$ _____ |         |
| MARCA: _____ AÑO _____   |          | OTRAS OBLIGACIONES: (INCLUYA OTRA HOJA SI ES NECESARIO) |          |         |
| DUEÑO DE CASA - VALOR ESTIMADO ..                                    | \$ _____ | DESCRÍBALAS   | PAGO     | BALANCE |
| OTRAS FUENTES, (ACCIONES Y BONOS) .....                              | \$ _____ | _____   | _____    | _____   |
|  |          | _____   | _____    | _____   |

SUCURSAL(ES) DE BANCO(S) Y NÚMERO(S) DE CUENTA

YO/NOSOTROS POR LA PRESENTE DECLARO/DECLARAMOS, BAJO PENA DE PERJURIO CONFORME A LAS LEYES DE CALIFORNIA, QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA.

\_\_\_\_\_ FIRMA(S) \_\_\_\_\_ FECHA

## SOLO PARA USO INTERNO • FOR PA USE ONLY

350% FPL \_\_\_\_\_ APPROVED:  YES  NO BY WHOM: \_\_\_\_\_

IF PARTIAL AMOUNT: \$ \_\_\_\_\_