

EVALUACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA - FORMULARIO DE SOLICITUD DEL PACIENTE



Fecha: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDO		1 ^{ER} NOMBRE	2 ^º 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 ()
NOMBRE DEL PARIENTE MÁS CERCANO	#DE TELÉFONO: ()		# TELÉFONO DEL TRABAJO ()
TELÉFONO DE EMERGENCIA	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE		# DE TELÉFONO MÓVIL ()

PARTE RESPONSABLE		CÓNYUGE	
NOMBRE	OCCUPACIÓN	NOMBRE	OCCUPACIÓN
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) \$ _____ <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL		SUELDO (REQUERIDO) \$ _____ <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 (AUTO/SALUD/CASA)	\$ _____	
CUENTA DE AHORROS	\$ _____	IMPUESTOS	\$ _____	
CUENTA DE UNA COOPERATIVA DE 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 INTERNAL USE ONLY

350% FPL _____

APPROVED: YES NO

BY WHOM: _____