



Ascension Crittenton Hospital

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

INFORMACION DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)

INFORMACION DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)				N.º de cuenta	
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo		N.º de Teléfono
Dirección:	Ciudad	Estado	Código postal		Dirección de correo electrónico
Número del seguro social:	Empleador		Tiempo completo Medio tiempo		Cantidad de horas/sem.
Dirección del empleador:	Ciudad	Estado	Código postal		N.º de Teléfono

INFORMACION DE LA PARTE RESPONSABLE

INFORMACION DE LA PARTE RESPONSABLE					
Nombre	Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo		N.º de Teléfono
Dirección		Estado	Código postal		Dirección de correo electrónico
Número de seguro social	Empleador		Tiempo completo Medio tiempo		Cantidad de horas/sem.
Dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código postal		N.º de Teléfono

INFORMACION DEL CONYUGE DE LA PARTE RESPONSABLE

Nombre del cónyuge	Número de seguro social		Fecha de nacimiento		
Empleador del cónyuge:	Dirección:	Ciudad	Estado	Código postal	N.º de teléfono

DEPENDIENTES:

Nombre	Edad	Parentesco	Nombre	Edad	Parentesco

INGRESOS MENSUALES BRUTOS

GASTOS MENSUALES DE VIDA

Pago

Saldo

Ingresos ganados del solicitante		Hipoteca/alquiler		
Ingresos del cónyuge del solicitante		Electricidad		
Beneficios del seguro social		Gas		
Ingreso por pensión/jubilación		Teléfono		
Compensación por desempleo		Agua		
Indemnización por accidentes laborales		Viveres		
Ingreso por intereses/dividendos		TV por cable		
Manutención infantil		Pago de automóvil		
Pensión alimenticia		Teléfono celular		
Ingreso por alquiler de propiedades		Guardería		
Cupones para alimentos		Manutención infantil o pensión alimenticia		
Otro		Medicamentos con receta		
Otro		Tarjetas de crédito:		
TOTAL DE INGRESOS BRUTOS:	\$0	1.		
		2.		
		3.		
ACTIVOS		Otras facturas de médicos		
Efectivo en mano		/hospitalarias:		
Cuenta de ahorro				
Cuenta corriente				
Certificados de depósito				
Valores				
Seguro de vida				
Otro bien inmueble				
Otro		Gasto del seguro:		
		1. Automóvil		
Vehículo/ Marca y modelo:	Año	2. Propiedad		
		3. Médico/de vida		
		Otros pagos de préstamos:		
		1.		
		2.		
Acuerdos financieros:		Otros pagos mensuales:		
Seguro de vida		cobra		
Herencia		seguro de vida		
Otro		3.		
VALOR TOTAL DE ACTIVOS:	\$0	TOTAL DE GASTOS MENSUALES:	\$0	\$0

COMENTARIOS:

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es verdadera y completa.
 Por este medio autorizo al hospital a obtener información de agencias externas de informes crediticios si el hospital lo considera necesario.

Fecha

Firma del paciente, cónyuge, garante o su representante legal