



Solicitud del programa de ayuda financiera para el paciente

Nombre del paciente		Segundo nombre	Apellido		
Nombre del aval	Segundo nombre	Apellido	Sexo	DOB	No. seguro social
Domicilio o Apartado Postal		Ciudad	Estado	C.P.	Teléfono
Nombre del aval	Segundo nombre	Apellido	Sexo	DOB	No. seguro social
Domicilio o Apartado Postal		Ciudad	Estado	C.P.	Teléfono
Núm. miembros de la familia:		El paciente vive con la familia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Núm. de hijos menores de 18 años en casa:			Núm. de hijos dependientes mayores de 18:		
Núm. de hijos dependientes mayores de 18 años que son estudiantes de tiempo completo:			Núm. de hijos dependientes discapacitados:		
Bienes inmuebles: \$ _____ Pago mensual (Seleccione todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Renta			Otros bienes inmuebles: (Propiedades, colecciones, etc.):		
Fuentes de ingreso mensual		Esposo	Esposa	Niños	Total
Empleo					
Seguridad social					
Sociedades industriales					
Desempleo					
Pensión/Retiro/Rentas					
ADC, GA, Cupones de alimentos					
Otros (ingreso de alquiler, pensión alimenticia, conyugal, etc.)					
Ingreso bruto total					
Patrón de la parte responsable					
Domicilio o Apartado Postal		Ciudad	Estado	CP	Teléfono
Puesto:		Ingreso mensual \$		Fecha de inicio:	
Cheques: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cantidad total \$		Nombre del banco:	
Ahorros: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cantidad total \$		Nombre del banco:	
Certifico que la información aquí proporcionada está completa y es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que la tergiversación deliberada puede dar lugar a una negativa de consideración. En la presente autorizo al hospital a que realice cualquier consulta necesaria para verificar la información proporcionada y para obtener cualquier dato adicional requerido por la instalación.					
Firma del solicitante:				Fecha:	
Firma del co-solicitante:			Firma del testigo:		

Relación de los miembros de la familia: Certificado de nacimiento o bautismo o papeles de adopción para menores de edad, acta de matrimonio, acta de divorcio o documentos de separación legal.

Tarjetas de Seguro Social

Comprobante de domicilio: Licencia de manejo vigente, otros documentos que demuestren la residencia.

Bienes: Estados de cuenta bancarios y de instituciones financieras de los últimos tres (3) meses, acciones, bonos, títulos, certificados.

Ingreso de todos los miembros de la familia: Estados de cuenta de cheques o talonario de chequera, lista del patrón nombrando los salarios brutos, informes de negocio propio, carta de asignación de ingresos/beca o carta de beneficios educativos, otros documentos que demuestren el ingreso.

Periodo de ingresos _____ a _____

Estados de cuenta de los últimos tres (3) meses • Devolución de impuestos del año anterior