

## PATIENT & FAMILY FINANCIAL STATEMENT OF ASSETS, INCOME & EXPENSES

PATIENT, NAME \_\_\_\_\_ ACCT # \_\_\_\_\_ DOS \_\_\_\_\_

<b>RESPONSIBLE PARTY</b>			
NAME		MARITAL STATUS	SOCIAL SECURITY NUMBER
STREET ADDRESS CITY, STATE ZIP		LENGTH AT THIS ADDRESS	HOME PHONE ( ) -
EMPLOYER NAME STREET ADDRESS CITY, STATE ZIP		IF UNEMPLOYED, HOW LONG	BUSINESS PHONE ( ) -
OCCUPATION / TITLE	MONTHLY EARNINGS -- GROSS \$	MONTHLY EARNINGS -- NET \$	CURRENT EMPLOYMENT LENGTH YR / MO
<b>RESPONSIBLE PARTY - SPOUSE</b>			
NAME		SOCIAL SECURITY NUMBER	
EMPLOYER NAME STREET ADDRESS CITY, STATE ZIP		IF UNEMPLOYED, HOW LONG	BUSINESS PHONE ( ) -
OCCUPATION / TITLE	MONTHLY EARNINGS -- GROSS \$	MONTHLY EARNINGS -- NET \$	CURRENT EMPLOYMENT LENGTH YR / MO
<b>RESPONSIBLE PARTY - DEPENDENTS</b>			
DEPENDENT NAME [YEAR OF BIRTH]	TOTAL NUMBER OF DEPENDENTS IN HOUSEHOLD		DO ANY OTHER PERSONS CONTRIBUTE TO MONTHLY INCOME? YES NO
#1			IF YES, AMOUNT \$
#2			
#3			
#4			
<b>ASSETS &amp; INCOME PER MONTH</b>			
INTEREST / DIVIDENDS \$	WORKER'S COMPENSATION \$	OTHER INCOME \$	
FOOD STAMPS / PUBLIC ASSISTANCE \$	CHILD SUPPORT / ALIMONY \$	IRA BALANCE \$	
SOCIAL SECURITY \$	RENTAL INCOME \$	CHECKING ACCOUNT BALANCE \$	
UNEMPLOYMENT COMPENSATION \$	GRANTS \$	SAVINGS ACCOUNT BALANCE \$	
<b>EXPENSES PER MONTH</b>			
RENT \$	AUTO #1 PAYMENT \$ AUTO #1 BALANCE \$	CHILD SUPPORT \$	
MORTGAGE PAYMENT \$ MORTGAGE BALANCE \$	AUTO #2 PAYMENT \$ AUTO #2 BALANCE \$	VISA PAYMENT \$ VISA BALANCE \$	
FOOD \$	AUTO EXPENSES \$	MASTERCARD PAYMENT \$ MASTERCARD BALANCE \$	
UTILITIES \$	AUTO INSURANCE \$	DISCOVER PAYMENT \$ DISCOVER BALANCE \$	
PHONE \$	HEALTH INSURANCE \$	OTHER CREDIT CARD PMT \$ OTHER CREDIT CARD BAL \$	
WATER / SEWER \$	LIFE INSURANCE \$	INSTALLMENT LOAN PMT \$ INSTALLMENT LOAN BAL \$	
CABLE \$	MEDICAL/DENTAL PMT \$ MEDICAL/DENTAL BAL \$	MISCELLANEOUS EXPENSE \$	
TRASH \$	PHYSICIAN PAYMENT \$ PHYSICIAN BALANCE \$	MISCELLANEOUS EXPENSE \$	
OFFICE USE ONLY		TO MY KNOWLEDGE THE INFORMATION PROVIDED ABOVE IS TRUE. I AUTHORIZE A CREDIT BUREAU REPORT TO BE SECURED BY THE HOSPITAL OR ITS AGENT TO VERIFY MY FINANCIAL STANDING.	
TOTAL INCOME GROSS	\$	PATIENT OR RESPONSIBLE PARTY SIGNATURE _____ DATE _____	
TOTAL INCOME NET	\$		
TOTAL EXPENSES	\$		
NET INCOME (LOSS)	\$		

Please attach to this application your Proof of Income documentation for each income earner for the most current 3 month period. This may include paycheck stubs, employer income verification, W2, tax returns, Social Security letters and letters from family members certifying support amount provided.

## DECLARACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE Y FAMILIA -- PATRIMONIO, INGRESOS Y GASTOS

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **CUENTA #** \_\_\_\_\_ **DOS** \_\_\_\_\_

PARTE RESPONSIBLE			
NOMBRE	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DOMICILIO, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	AÑOS VIVIDOS EN ESTE LUGAR	TELÉFONO PARTICULAR ( ) -	
NOMBRE DE LA PERSONA O COMPAÑÍA QUE LO EMPLEA DOMICILIO CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL P	SI HA ESTADO DESEMPLEADO, ¿POR CUANTO TIEMPO?	TELÉFONO EN EL EMPLEO ( ) -	
Ocupación/Título	GANANCIAS MENSUALES EN BRUTO \$	GANANCIAS MENSUALES NETAS \$	EMPLEO ACTUAL TIEMPO AÑO/MES

PARTE RESPONSIBLE/ ESOSO O ESOSA			
NOMBRE		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
NOMBRE DE LA PERSONA O COMPAÑÍA QUE LO/ LA EMPLEA DOMICILIO CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	SI HA ESTADO DESEMPLEADO(A), ¿POR CUANTO TIEMPO?	TELÉFONO EN EL EMPLEO ( ) -	
OCUPACIÓN / TÍTULO	GANANCIAS MENSUALES - EN BRUTO \$	GANANCIAS MENSUALES - NETAS \$	EMPLEO ACTUAL TIEMPO AÑO / MES

PARTE RESPONSIBLE - DEPENDIENTES		
NOMBRE DEL DEPENDIENTE [AÑO EN EL QUE NACIÓ] # 1 # 2 # 3 # 4	¿NÚMERO TOTAL DE DEPENDIENTES EN EL HOGAR?	OTROS EN EL HOGAR QUE CONTRIBUYAN ECONOMICAMENTE  ¿INGRESOS? SI NO  SI LA RESPUESTA ES SI, EL MONTO \$

PATRIMONIO E INGRESOS MENSUALES		
INTERESES / DIVIDENDOS \$	COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR \$	OTROS INGRESOS \$
BONOS ALIMENTICIOS (FOOD STAMPS) / ASISTENCIA PÚBLICA \$	APOYO ECONÓMICO AL INFANTE O INFANTES / PENSIÓN EMANADA DE DIVORCIO \$	SALDO DE CUENTA INDIVIDUAL DE JUBILACIÓN (IRA BALANCE) \$
SEGURO SOCIAL \$	INGRESOS POR RENTA(S) \$	ESTADO DE SU CUENTA BANCARIA CORRIENTE \$
COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO \$	BENEFICIOS (GRANTS) \$	ESTADO DE SU CUENTA DE AHORROS \$

GASTOS MENSUALES		
RENTA \$	AUTO # 1 PAGO \$ AUTO # 1 SALDO \$	AYUDA FINANCIERA -- HIJO O HIJOS \$
PAGOS HIPOTECARIOS \$ SALDO HIPOTECARIO \$	AUTO # 2 PAGO MENSUAL \$ AUTO # 2 SALDO \$	PAGO DE TARJETA VISA \$ SALDO DE TARJETA VISA \$
ALIMENTOS \$	GASTOS RELACIONADOS CON EL AUTO \$	PAGO DE TARJETA MASTERCARD \$ SALDO DE TARJETA MASTERCARD \$
SERVICIOS PÚBLICOS (GAS, AGUA, ELECTRICIDAD, ETC.) \$	SEGURO DE AUTO \$	PAGO DE TARJETA DISCOVER \$ SALDO DE TARJETA DISCOVER \$
TELÉFONO \$	SEGURO DE SALUD \$	PAGO DE OTRA TARJETA DE CRÉDITO \$ SALDO DE OTRA TARJETA DE CRÉDITO \$
AGUA / ALCANTARILLADO \$	SEGURO DE VIDA \$	PAGO -- PRÉSTAMO A PLAZOS \$ SALDO DEL PRÉSTAMO \$
CABLE \$	PAGOS --MEDICINA/DENTISTA \$ SALDO DEL MONTO TOTAL \$	GASTOS DIVERSOS \$
SERVICIO DE BASURA \$	PAGOS AL DOCTOR \$ SALDO \$	GASTOS DIVERSOS \$

<b>OFFICE USE ONLY</b>  TOTAL DE INGRESOS EN BRUTO \$ TOTAL DE INGRESOS NETOS \$ TOTAL DE GASTOS \$ INGRESOS NETOS \$	DE ACUERDO A MIS CONOCIMIENTOS, LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA AQUÍ ARRIBA ES FIDEDIGNA. AUTORIZÓ UN REPORTE SOBRE MI SOLVENCIA ECONÓMICA DE UNA AGENCIA DE CRÉDITO PARA EL HOSPITAL O SU REPRESENTATE.  _____ FIRMA DEL PACIENTE O PARTE RESPONSIBLE <span style="float: right;">FECHA</span>
--	---

Favor de incluir evidencia de las ganancias por cada ingreso actual de cada miembro de la familia de los últimos 3 (tres) meses. Esto incluye copia, talones de cheques, confirmación de sueldo del empleador, W2, impuestos de ingresos, cartas del Seguro Social, cartas del seguro por incapacidad, y cartas de miembros de la familia documentando el apoyo económico que proveen.