

Alvarado Parkway Institute

FINANCIAL DISCLOSURE FORM

RESPONSIBLE PARTY		
RESPONSIBLE PARTY LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE INITIAL
PATIENT NAME (IF OTHER THAN RESPONSIBLE PARTY)		PATIENT ACCOUNT #
SPOUSE FULL NAME		NUMBER OF DEPENDENTS
STREET ADDRESS		HOME PHONE #
CITY, STATE & ZIP		WORK PHONE #
EMERGENCY PHONE NUMBER	RESPONSIBLE PARTY DATE OF BIRTH	RESPONSIBLE PARTY SOCIAL SECURITY
RESPONSIBLE PARTY		SPOUSE
OCCUPATION		OCCUPATION
EMPLOYER (IF SELF EMPLOYED, DESCRIBE BUSINESS)		EMPLOYER (IF SELF EMPLOYED, DESCRIBE BUSINESS)
EMPLOYER ADDRESS		EMPLOYER ADDRESS
SUPERVISOR'S NAME		SUPERVISOR'S NAME
PHONE NUMBER	YEARS AT PRESENT JOB	PHONE NUMBER YEARS AT PRESENT JOB
SALARY \$ _____	HOURLY \$ _____	SALARY \$ _____ HOURLY \$ _____
BIWEEKLY \$ _____	MONTHLY \$ _____	BIWEEKLY \$ _____ MONTHLY \$ _____
OTHER INCOME \$ _____	SOURCE _____	OTHER INCOME \$ _____ SOURCE _____
ASSETS		LIABILITIES
CASH ON HAND: \$ _____		REAL-ESTATE PAYMENTS: \$ _____
CHECKING ACCOUNT BALANCE: \$ _____		INS. PREMIUMS (AUTO, HOME, MEDICAL): \$ _____
SAVINGS ACCOUNT BALANCE: \$ _____		TAXES: \$ _____
CREDIT UNION ACT BALANCE: \$ _____		UTILITIES: \$ _____
PROPERTY OWNED VALUE: \$ _____		AUTO PAYMENTS: \$ _____
HOME (IF OWNED) VALUE: \$ _____		RENTAL PAYMENT (HOME/APT): \$ _____
VEHICLE(S) ESTIMATED VALUE: \$ _____		OTHER LIABILITIES
MAKE: _____		(PROVIDE DESCRIPTION): \$ _____
MODEL: _____		
MAKE: _____		
MODEL: _____		
TRUST ACCOUNT(S) \$ _____		
ADDITIONAL INCOME: \$ _____		
TOTAL ASSETS: \$ _____		TOTAL LIABILITIES: \$ _____
BANK BRANCHES & ACCOUNT NUMBERS:		
1. BRANCH: _____		ACCOUNT NUMBER: _____
2. BRANCH: _____		ACCOUNT NUMBER: _____
3. BRANCH: _____		ACCOUNT NUMBER: _____

I HEREBY DECLARE THE FOREGOING TO BE TRUE UNDER PENALTY OR PERJURY UNDER THE LAWS OF THE STATE OF CA. I ALSO UNDERSTAND THAT A CREDIT REPORT MAY BE REQUESTED.
 SIGNATURE: _____ DATE: _____

Alvarado Parkway Institute

SOLICITUD DE CARIDAD

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE HACE RESPONSIBLE

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL (NOMBRE)	
NOMBRE DEL PACIENTE		NUMERO DE LA CUENTA DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL ESPOSO/ESPOSA		NUMERO DE DEPENDIENTES	
DOMICILIO		TELEFONO DE CASA	
CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL		TELEFONO DE TRABAJO	
TELEFONO DE EMERGENCIA	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE HACE RESPONSIBLE		ESPOSO/ESPOSA	
OCUPACION	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	OCUPACION	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DE LA COMPANIA O TRABAJO		NOMBRE DE LA COMPANIA DE TRABAJO	
DIRECCION		DIRECCION	
NOMBRE SU SUPERVISOR		NOMBRE SU SUPERVISOR	
NUMERO TELEFONICO		NUMERO TELEFONICO DEL TRABAJO	
SALARIO \$ _____ HORA \$ _____		SALARIO \$ _____ HORA \$ _____	
SEMANAL \$ _____ MENSUAL \$ _____		SEMANAL \$ _____ MENSUAL \$ _____	
ALGUN OTRO INGRESO	FUENTE DE INGRESO	ALGUN OTRO INGRESO	FUENTE DE INGRESO
PROPIEDADES/BIENES PERSONALES			
DINERO EN EFECTIVO: \$ _____		DEUDAS	
CUENTA DE CHEQUES: \$ _____		PAGOS DE RENTS/PROPIEDADES: \$ _____	
VALOR DE PROPIEDAD: \$ _____		SEGURO MEDICO: \$ _____	
VALOR DE AUTOMOVIL: \$ _____		ASEGURANZA DE AUTO: \$ _____	
FIDEICOMIZO: \$ _____		IMPUESTOS: \$ _____	
INGRESO ADICIONAL: \$ _____		UTILIDADES (LUZ, AGUA, TEL., ETC): \$ _____	
TOTAL: \$ _____		PAGOS MENSUALES DE AUTOS: \$ _____	
TOTAL: \$ _____		TOTAL: \$ _____	
NOMBRE DEL BANCO:		NUMERO DE CUENTA BANCARIA:	
1. _____		1. _____	
2. _____		2. _____	
3. _____		3. _____	

BAJO PENA DE PERJURIO Y BAJO LAS REGLAS DEL ESTADO DE CALIFORNIA, DECLARO POR LA PRESENTE QUE LO ANTEDICHO ES CIERTO Y VERDADERO. TAMBIEN ENTIENDO QUE POSIBLEMENTE DENDRIA QUE PRESENTAR UN INFORME DE CREDITO.

FIRMA: _____ FECHA: _____