

SAN JOAQUIN VALLEY REHAB HOSPITAL - PATIENT FINANCIAL ASSESSMENT STATEMENT

RESPONSIBLE PARTY NAME:		LAST	FIRST	MIDDLE
PATIENT NAME IF OTHER THAN RESPONSIBLE PARTY				HOSPITAL ACCOUNT # (S):
SPOUSE				NUMBER OF DEPENDENTS
STREET ADDRESS				HOME PHONE ()
CITY, STATE & ZIP				WORK PHONE ()
OCCUPATION		EMPLOYER (IF SELF EMPLOYED, DESCRIPTION)		
SOCIAL SECURITY #		ADDRESS		
YEARS AT EMPLOYER	SALARY _____	<input type="checkbox"/> HOURLY	<input type="checkbox"/> BIWEEKLY	<input type="checkbox"/>
	MONTHLY			
	OTHER INCOME: _____	SOURCE _____		

SPOUSE				
OCCUPATION		EMPLOYER (IF SELF EMPLOYED, DESCRIPTION)		
SOCIAL SECURITY #		ADDRESS		
PHONE ()	YEARS AT EMPLOYER	SALARY _____	<input type="checkbox"/> HOURLY	<input type="checkbox"/> BIWEEKLY
		<input type="checkbox"/> MONTHLY		
OTHER INCOME	SOURCE _____			

ASSETS		LIABILITIES/ MONTHLY TOTALS		
CASH ON HAND	\$ _____	MORTGAGE/RENT PAYMENT	\$ _____	
CHECKING ACCOUNT*	\$ _____	INSURANCE PREMIUMS:		
SAVINGS ACCOUNT*	\$ _____	<input type="checkbox"/> AUTO, <input type="checkbox"/> MEDICAL,	\$ _____	
CREDIT UNION ACCOUNT*	\$ _____	<input type="checkbox"/> HOME		
REAL ESTATE EQUITY	\$ _____	OTHER: _____		
MOTOR VEHICLES OWNED	\$ _____	UTILITIES: <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/> ELECT. <input type="checkbox"/> WATER <input type="checkbox"/> PHONE	\$ _____	
MAKE/YEAR	VALUE _____	AUTO PAYMENTS	\$ _____	
MAKE/YEAR	VALUE _____	FOOD	\$ _____	
TRUST ACCOUNTS	\$ _____	OTHER LIABILITIES:		
OTHER SOURCES (STOCK, BONDS)	\$ _____	DESCRIPTION	PAYMENT	BALANCE

*BANK BRANCH (S) & ACCOUNT NUMBERS:

I HEREBY DECLARE THE FOREGOING TO BE TRUE UNDER PENALTY OF PERJURY UNDER

Signature _____

(Date) _____

**SAN JOAQUIN VALLEY
REHABILITATION HOSPITAL**

**DECLARACIÓN DE LA EVALUACIÓN FINANCIERA DEL (LA)
PACIENTE**

PATIENT FINANCIAL ASSESSMENT STATEMENT (SPANISH)

NOMBRE DEL PARTIDO O PERSONA RESPONSABLE: APELLIDO _____		SEGUNDO NOMBRE _____
NOMBRE DEL (LA) PACIENTE SI NO ES LA PARTE RESPONSABLE _____		NÚMERO(S) DE CUENTA(S) DEL HOSPITAL _____
NOMBRE DEL (LA) ESPOSO(A) _____		NÚMERO DE DEPENDIENTES _____
DOMICILIO _____		TELÉFONO EN CASA () _____
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL _____		TELÉFONO DE TRABAJO () _____
OCUPACIÓN _____	EMPLEADOR (SI TRABAJA POR CUENTA PROPIA, DESCRIBA) _____	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____	DOMICILIO _____	
AÑOS EN EL EMPLEO _____	SALARIO _____ MENSUAL	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/>
	OTRO INGRESO: _____	FUENTE: _____

ESPOSO(A)

OCUPACIÓN _____		EMPLEADOR (SI TRABAJA POR CUENTA PROPIA, DESCRIBA) _____	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____		DOMICILIO _____	
TELÉFONO () _____	AÑOS EN EL EMPLEO _____	SALARIO _____ <input type="checkbox"/> MENSUAL	<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL
OTRO INGRESO _____	FUENTE _____		

ACTIVO

PASIVO/TOTALES MENSUALES

DINERO A LA MANO	\$ _____	PAGO DE HIPOTECA/RENTA	\$ _____
CUENTA DE CHEQUES*	\$ _____	PRIMAS DE SEGUROS:	
CUENTA DE AHORROS*	\$ _____	<input type="checkbox"/> AUTOMÓVIL <input type="checkbox"/> MÉDICO	\$ _____
CUENTA DE ASOCIACIÓN		<input type="checkbox"/> CASA	
COOPERATIVA DE CRÉDITO*	\$ _____	OTRO: _____	
CAPITAL EN BIENES RAÍCES	\$ _____	SERVICIOS: <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/> LUZ <input type="checkbox"/> AGUA <input type="checkbox"/>	
PROPIEDAD DE VEHÍCULOS	\$ _____	TELÉFONO	\$ _____
MARCA/MODELO	VALOR _____	PAGOS DE AUTOMÓVIL	\$ _____
MARCA/MODELO	VALOR _____	COMIDA	\$ _____
		OTRAS OBLIGACIONES:	

CUENTAS DE
DEPÓSITOS \$ _____
OTRAS FUENTES \$ _____
(ACCIONES, BONOS)

DESCRIPCIÓN PAGO SALDO

*NOMBRE DE LA(S) SUCURSAL(ES) DE LOS BANCOS Y NÚMERO(S) DE LA(S) CUENTA(S):

POR LA PRESENTE DECLARO SER CIERTO LO ANTEDICHO, BAJO PENA DE PERJURIO,
CONFORME A LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA

Firma

(Fecha)