

STATEMENT OF FINANTIAL CONDITION

PATIENT NAME _____ SPOUSE _____
 ADDRESS _____ PHONE _____
 ACCOUNT# _____ SSN# _____
 (Patient) (Spouse)

FAMILY STATUS: List all dependents that you support

Name	Age	Relationship
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EMPLOYMENT AND OCCUPATION

Employer: _____ Position: _____
 Contact person & Telephone: _____
 If Self-Employed, Name of Business: _____
 Spouse Employer: _____ Position: _____
 Contact Person & Telephone: _____
 If Self-Employed, Name of Business: _____

CURRENT MONTHLY INCOME

	Patient	Spouse
Gross Pay (before deductions)	_____	_____
<i>Add:</i> Income from Operating Business (if Self-Employed)	_____	_____
<i>Add:</i> Other Income:		
Interest and Dividends	_____	_____
From Real Estate or Personal Property	_____	_____
Social Security	_____	_____
Other (specify)	_____	_____
Alimony or Support Payments Received	_____	_____
<i>Subtract:</i> Alimony, Support Payments Paid	_____	_____
<i>Equals:</i> Current Monthly Income	_____	_____
Total Current Monthly Income (add Patient+Spouse Income from above)	_____	_____

FAMILY SIZE

Total Family Members _____
 (add patient, spouse and dependents from above)

By signing this form, I agree to allow Catalina Island Medical Center (CIMC) to check employment and credit history for the purpose of determining my eligibility for a financial discount. I understand that I am required to submit proof of the information I am providing. I certify and declare under penalty of law that the information provided on this form is true and complete. *I understand I will be requested to submit: Check Stubs, Bank Statement & tax returns*

 (Signature of Patient of Guarantor) (Date)

DECLARACION DE CONDICION FINANCIERA (ANEXO A)

Nombre del paciente _____ Esposo(a) _____
 Fiador _____ Esposo(a) _____
 Domicilio _____ Telefono # _____
 Cuenta # _____ Seguro Social # _____

Estatus familiar: Lista todos tus dependientes economicos

Nombre	Edad	Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ocupacion o Empleo

Empleador: _____ Posicion: _____

Nombre del contacto y telefono: _____

Si es por cuenta propia, nombre del negocio: _____

Empleador del esposo(a): _____ Posicion: _____

Nombre del contacto y

telefono: _____

Si es por cuenta propia, nombre del negocio: _____

Ingreso Mensual Actual

	Paciente	Esposo(a)
Pago bruto, antes de deducciones	_____	_____
Sumar Ingreso del negocio, si es por cuenta propia	_____	_____
Sumar Otros ingresos	_____	_____
Interes y dividendos	_____	_____
Del estado real o propiedades personales	_____	_____
Seguro Social	_____	_____
Otro (Especifique)	_____	_____
Pension alimenticia o pagos recibidos de ayuda	_____	_____
Restar Pension alimenticia, pagos pagados con ayuda	_____	_____
Igual Ingreso mensual corriente	_____	_____
Ingreso mensual total (Suma paciente mas esposo(a) Ingreso de arriba)	_____	_____

Tamano de la familia

Numero de miembros en la familia (Suma paciente, esposo(a), dependientes de arriba) _____

Firmando esta forma, estoy de acuerdo que CIMC cheque mi empleo y mi historia de credito, con el proposito de determinar mi elegibilidad, para descuento financiero. Entiendo que puedo ser requerido a comprobar la informacion dada. Declaro y certifico, bajo pena de perjurio que entiendo esta forma y que la informacion que di es verdadera, correcta y completa.

 Firma del paciente o fiador Firma del esposa (o) Fecha

