

PATIENT FINANCIAL ASSESSMENT STATEMENT (ATTACHMENT A)

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 _____ MONTHLY		<input type="checkbox"/> HOURLY	<input type="checkbox"/> BIWEEKLY <input type="checkbox"/>
	OTHER INCOME: _____		SOURCE _____	
SPOUSE				
OCCUPATION		EMPLOYER (IF SELF EMPLOYED, DESCRIPTION)		
SOCIAL SECURITY #		ADDRESS		
PHONE ()	YEARS AT EMPLOYER	SALARY _____ <input type="checkbox"/> MONTHLY <input type="checkbox"/> HOURLY <input type="checkbox"/> BIWEEKLY		
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	OTHER: _____	
REAL ESTATE EQUITY	\$ _____	UTILITIES: <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/> ELECT. <input type="checkbox"/> WATER <input type="checkbox"/> PHONE	\$ _____	
MOTOR VEHICLES OWNED	\$ _____	AUTO PAYMENTS	\$ _____	
MAKE/YEAR	VALUE _____	FOOD	\$ _____	
MAKE/YEAR	VALUE _____	OTHER LIABILITIES:		
TRUST ACCOUNTS	\$ _____	DESCRIPTION	PAYMENT	BALANCE
OTHER SOURCES (STOCK, BONDS)	\$ _____			

*BANK BRANCH (S) & ACCOUNT NUMBERS:

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

Signature

(Date)



DECLARACIÓN DE LA EVALUACIÓN FINANCIERA DEL (LA) PACIENTE
PATIENT FINANCIAL ASSESSMENT STATEMENT (SPANISH)

NOMBRE DEL PARTIDO O PERSONA RESPONSABLE: APELLIDO SEGUNDO NOMBRE
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 _____ POR HORA QUINCENAL MENSUAL
OTRO INGRESO: FUENTE:

ESPOSO(A)

OCUPACIÓN EMPLEADOR (SI TRABAJA POR CUENTA PROPIA, DESCRIBA)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DOMICILIO

TELÉFONO () AÑOS EN EL EMPLEO SALARIO _____ POR HORA QUINCENAL MENSUAL

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"/>	
		TELÉFONO	\$ _____

PROPIEDAD DE VEHÍCULOS \$ _____
 MARCA/MODELO VALOR _____
 MARCA/MODELO VALOR _____
 CUENTAS DE DEPÓSITOS \$ _____
 OTRAS FUENTES \$ _____
 (ACCIONES, BONOS)

PAGOS DE AUTOMÓVIL \$ _____
 COMIDA \$ _____
 OTRAS OBLIGACIONES:
 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)