



**I. Ingresos De La Familia**

Enumere la cantidad de su renta mensual de todas las fuentes. Usted puede ser requerido dar la prueba de la renta, de los activos, y de los costos. Si usted no tiene ninguna renta, proporcione por favor una letra de la ayuda de la persona que proporciona su cubierta y comidas.

	<u>Cantidad Mensual</u>
Empleo	_____
Ventajas del Retiro/de P ensión	_____
Ventajas De Seguridad Social	_____
Ventajas Públicas De la Ayuda	_____
Pagas Por invalidez	_____
Subsidios De Desempleo	_____
Ventajas De los Veteranos	_____
Alimentos	_____
Renta De Propiedad De alquiler	_____
Ventajas De Huelga	_____
Asignación Militar	_____
Granja o empleo del uno mismo	_____
La otra fuente de la renta	_____
<b>Total</b>	<b>\$ _____</b>

**II. Activos Líquidos**

	<u>Equilibrio Actual</u>
Cuenta de Chequeo	_____
Cuenta de Ahorros	_____
Acción, Enlaces, CD, o mercado de valores	_____
Otras Cuentas	_____
<b>Total</b>	<b>\$ _____</b>

**III. Otros Activos**

Si usted posee cualesquiera de los puntos siguientes, enumere por favor el tipo y el valor aproximado.

Casa - Balance Del Préstamo _____	Valor Aproximado _____
Automóvil Haga _____ Ano _____	Valor Aproximado _____
Automóvil Haga _____ Ano _____	Valor Aproximado _____
Automóvil Haga _____ Ano _____	Valor Aproximado _____
La Otra Propiedad - -	Valor Aproximado _____
<b>Total</b>	<b>\$ _____</b>

**IV. Gastos Mensuales**

	<u>Cantidad</u>
Alquiler o hipoteca	_____
Utilidades	_____
Pago Del Coche(s)	_____
Tarjeta(s) de Credito	_____
Seguro de Coche	_____
Seguro Medico	_____
Otros Gastos Médicos	_____
Otros Gastos	_____
<b>Total</b>	<b>\$ _____</b>

Usted tiene cualquier otra cuenta médica sin pagar? Si No

Para qué servicio? \_\_\_\_\_

Si usted ha arreglado un plan del pago, cuál es la cuota? \_\_\_\_\_

\*Si usted solicita que el hospital amplíe ayuda financiera adicional, el hospital puede solicitar la información adicional para hacer una determinación suplemental. Firmando esta forma, usted certifica que la información proporcionada es verdad y acuerda notificar el hospital de cualquier cambio a la información proporcionada en el plazo de diez días del cambio.

_____	_____
Firma Del Aspirante	Fecha
_____	_____
Relación al Paciente	Numero de Telefono-
Por Favor contacto - _____	_____