

Formulario del Estado Financiero del Paciente para San Mateo Medical Center (Nivel 1 de Apelación)

Nombre del Solicitante _____
 Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
 Número de Seguro Social _____ - _____ - _____
 Número de Expediente Médico _____

Nombre del Cónyuge _____
 Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
 Número de Seguro Social _____ - _____ - _____
 Número de Expediente Médico _____

INGRESO NETO MENSUAL	CANTIDAD	GASTOS MENSUALES	CANTIDAD	BIENES	TIPO Y NÚMERO DE CUENTA	CANTIDAD
Salarios Netos (después de impuestos)	\$	Casa: Hipoteca Seguro Impuestos	\$ \$ \$	Nombre del Banco (ej.: Bank of America)	Tipo: Corriente, Ahorros, Mercado Monetario, Cuentas de CD, Pensión, etc. (ej.: Cuenta Corriente #-11111-34567)	N/A
Ingresos de Renta	\$	Gastos por Renta	\$			\$
Trabajo por Cuenta Propia	\$	Gastos de Alimentación	\$			\$
Desempleo (EDD)	\$	Servicios Públicos	\$			\$
Compensación Laboral	\$	Ropa	\$	Dinero en Efectivo	No Aplicable (N/A)	\$
Asistencia Pública: General CalWorks Otro	\$ \$ \$	Automóvil: Pagos Seguro Gasolina Mantenimiento	\$ \$ \$ \$	Inversiones: Acciones Bonos Bonos del Tesoro Otros Valores		\$ \$ \$ \$
Incapacidad del Seguro Social	\$	Transporte Público	\$	OTROS BIENES	INFORMACIÓN ADICIONAL	CANTIDAD
Ingresos por Jubilación Seguro Social Pensión Other	\$ \$ \$	Cuidado de Salud: Visitas a Clínicas Recetas Pagos del Seguro Pagos Complementarios	\$ \$ \$ \$	Automóviles: Vehículo #1 Vehículo #2 Vehículo #3 Vehículo #4	Marca, Modelo, Año	N/A
Incapacidad del Estado	\$	Costo del Cuidado de sus Hijos (u otros dependientes)	\$	Seguro de Vida (Valor de Rescate en Efectivo)	Número de Póliza	\$
Ingreso por Manutención de Hijos	\$	Gastos por Manutención de Hijos	\$	Bienes Raíces: Dirección #1	Entidad de Préstamo, Número de Cuenta y Cantidad del Préstamo	Saldo del Préstamo \$
Ingreso por Pensión Alimenticia	\$	Gastos por Pensión Alimenticia	\$			
Asistencia Financiera (familia o amigos)	\$	Prima del Seguro de Vida	\$			
Inversiones: Dividendos Interés Anualidad Otro	\$ \$ \$ \$	Pagos de Tarjetas de Crédito Nombre y Número de Cuenta	\$ \$ \$	Dirección #2	Entidad de Préstamo, Número de Cuenta y Cantidad del Préstamo	Saldo del Préstamo \$
Otro (Especifique)	\$ \$	Otro (Especifique)	\$ \$	Otro (Especifique)		\$ \$
Total de Ingresos Netos	\$	Total de Gastos	\$	Total de Bienes	N/A	\$

1. Si sus gastos de este mes son mayores que sus ingresos, ¿cómo va a pagar la diferencia (cuenta de ahorros, préstamo, ayuda de alguien, etc.)? Necesitará presentar la siguiente documentación para comprobar la forma en que pagó la diferencia: estados de cuenta bancarios, una carta de la persona que le está ayudando u otra documentación.

Documentos presentados: _____

2. Si no le es posible cubrir todos sus gastos este mes, ¿cuáles son los que no puede pagar? Necesitará presentar la siguiente documentación como prueba de que no tiene suficiente dinero para cubrir sus gastos mensuales: estados de cuenta bancarios, cuentas atrasadas, recibos comprobando pagos parciales u otra documentación.

Documentos presentados: _____

3. Mi plan para cubrir los gastos del próximo mes es: _____

4. Si debe dinero, por favor anote las cantidades totales de todas sus deudas:

Tarjetas de Crédito	\$ _____	Préstamos de Autos	\$ _____
Cuentas	\$ _____	Préstamos de Propiedades	\$ _____
Manutención de Hijos	\$ _____	Otros	\$ _____

5. Por favor agregue cualquier otra información sobre su situación financiera.

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta. Al firmar abajo, por este medio autorizo al personal, agentes y contratistas del Condado a verificar y/o investigar mi elegibilidad. Dicha investigación o verificación puede incluir la adquisición y el uso de información y documentos en posesión de otras agencias públicas y privadas, incluyendo, pero sin limitarse a, los registros del Departamento de Servicios de Manutención de Hijos. Si, al investigarse, se determina que no soy elegible para el Programa de Asistencia Financiera en base al ingreso, bienes o domicilio, se me notificará e inscribirá en el programa de asistencia financiera para el cual sea elegible.

Firma del Paciente/Garante

Firma Miembro del Personal

____/____/____
Fecha

3/6/06rev