

# Providence Hospital

Post Office Box 851537

Mobile, AL 36685

(251) 633-1500

## ESTADO FINANCIERO

INFORMACION DEL PACIENTE					
Nombre			Número de Seguro Social		
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Número de teléfono de casa		
Dirección de la calle		Ciudad	Estado	Código Postal	
Empleador		Contacto del empleador		Número de teléfono del empleador	
Nombre del Cónyuge			Número de Seguro Social		
Fecha de nacimiento	Empleador del Conyugue		Contacto / Número de teléfono		
INFORMACION DEL RESPONSABLE (Si no es el paciente o su cónyuge)					
Nombre			Número de Seguro Social		
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Relación con el paciente		
Dirección de la calle		Ciudad	Estado	Código Postal	
Empleador		Contacto del empleador		Número de teléfono del empleador	
DEPENDIENTES (Excluyendo paciente y cónyuge)					
Nombre		Edad	Relación	Número de Seguro Social	
Nombre		Edad	Relación	Número de Seguro Social	
Nombre		Edad	Relación	Número de Seguro Social	
Nombre		Edad	Relación	Número de Seguro Social	
ASISTENCIA					
¿Ha solicitado ayuda? (Marque con un círculo)		si es afirmativo, nombre de agencia		Fecha de la aplicación	
SI                      NO					
INFORMACION DE SEGURO GRUPAL (DEBE SER CONTESTADA)					
¿Su empleador provee seguro de salud grupal?			SI      NO		
Si es afirmativo, ¿Cuánto paga mensualmente?			Individual: \$ _____		
			Familiar: \$ _____		
Si no se ha inscrito, explique la razon			_____		
<b>~ SOLO PARA USO DE LA OFICINA ~</b>					
Recomendación:					

# ESTADO FINANCIERO

~ Página 2 ~

INGRESOS (por mes)		GASTOS (Por mes)	
Salarios del hogar \$	Ingresos del Seguro Social \$	Hipoteca \$	Alquiler \$
Pensión V.A. \$	Desempleo \$	Electricidad \$	Gas \$
Compensación laboral \$	Manutención de los hijos \$	Agua \$	Teléfono primario \$
Pensión alimenticia \$	Ingresos de alquiler \$	Comestibles (menos estampillas*) \$	Estampillas* SI NO \$
Jubilación \$	otros ingresos \$	Guarderías** \$	Pensión aliment/manuten de hijos*** \$
Cuenta de ahorros saldo \$	Plazos fijos \$	Seguro Médico \$	Préstamos estudiantiles \$
Cuenta de cheques saldo \$	Anualidad \$	Seguro de propietario (si no está incluidos en el pago de la hipoteca) \$	
Otro \$	Otro \$		
		Vehículo 1 \$	Vehículo 2 \$
		Gastos médicos Proveedor: Saldo: \$	
		Gastos médicos Proveedor: Saldo: \$	
	Sólo para uso de la oficina	Gastos de farmacia Proveedor: Saldo: \$	
		<b>SEGURO DE VIDA:</b>	
		Valor póliza: \$	Prima mensual: \$
<b>Total ingresos: \$</b>		<b>Total gastos: \$</b>	
<b>PROPIEDADES / ACTIVOS</b>			
Bienes raíces: Valor		\$ _____	
Residencia Principal (Descripción de la propiedad)			
Otros activos <b>***DEBE SER CONTESTADA***</b> (tales como, monedas, sellos, arte, colección de antigüedades)			
Descripción		Value \$ _____	
<b>VEHICULOS</b>			
Año	Marca	Modelo	
Año	Marca	Modelo	

Además de la información solicitada anteriormente, he proporcionado lo siguiente como prueba de mis ingresos: (1) mis tres últimos estados de cuenta bancarios; (2) la forma del IRS 1040, con deducciones y declaración W-2. Si no puedo proporcionar esta información, Providence Hospital tiene mi permiso para solicitar la información de mi empleador y cualquier otra fuente. Según mi leal saber y entender, certifico que la información anterior es verdadera y correcta, y que este es un registro completo de mis activos y pasivos. Providence Hospital cuenta con mi permiso para investigar mi historial de crédito.

Fecha	Firma del paciente o responsable
Fecha	Firma del cónyuge
Fecha	Firma del entrevistador (si procede)



\* Food Stamp. \*\* Day Care. \*\*\* Alimony/child Support