



SOLICITUD CONFIDENCIAL DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del garante: _____ Cuentas n.º: _____
 Dirección: _____
 Teléfono/mensaje durante el día: _____ Número de celular: _____
 Dirección de correo electrónico: _____

MIEMBROS DEL HOGAR					
Nombre:	Edad:	Relación:	Nombre:	Edad:	Relación:

INGRESO FAMILIAR MENSUAL				
Nombre:	Empleador:	Fecha de contratación:	Fecha del período:	Ingreso mensual bruto

OTROS INGRESOS MENSUALES			
Seguro Social \$ _____	Incapacidad \$ _____	Desempleo \$ _____	Jubilación: \$ _____
TANF \$ _____	Manutención infantil/Pensión alimenticia \$ _____	Propiedad en alquiler \$ _____	Otro: \$ _____

CUENTAS BANCARIAS			
Nombre del banco:	Tipo (marque uno con un círculo)	Cuenta n.º:	Saldo:
	<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro/Cuenta corriente		
	<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro/Cuenta corriente		

OTROS ACTIVOS	
<i>(ACCIONES, BONOS, FIDEICOMISOS, 401K, VALOR EN DINERO DE SEGUROS DE VIDA, IRA, CERTIFICADOS DE DEPÓSITO, INVERSIONES, ETC.)</i>	
Tipo:	Valor:

GASTOS MENSUALES			
Alquiler/Hipoteca	\$ _____	Tarjetas de crédito	\$ _____
Servicios públicos	\$ _____	Alimentos	\$ _____
Pagos automáticos	\$ _____	Manutención infantil	\$ _____
Seguro de automóvil	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Prima del seguro	\$ _____	Gatos de farmacia	\$ _____
Celular/Teléfono	\$ _____	Otros	\$ _____
Gas	\$ _____	Otros	\$ _____

Gastos mensuales totales: \$ _____

Ejemplos de Documentos que pueden utilizarse como prueba de los ingresos informados:

- *Declaración de impuestos más reciente (incluidos todos los anexos y comprobantes, como el W-2)
- *Tres talones más recientes de los pagos
- *Carta de los empleadores verificando los salarios
- *Formulario de compensación por desempleo
- *Si no tienen ingresos, carta de confirmación y explicación de cómo se pagan sus costos de vida.
- *Tres últimos extractos bancarios (de todas las cuentas)
- *Carta del Seguro Social que indique el monto del beneficio
- *Documentación de activos adicionales (acciones, bonos, IRA, etc.)

Información adicional/Comentarios para apoyar la necesidad de recibir asistencia:

Certifico que toda la información provista es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información provista será verificada y tratada de forma personal y confidencial. También autorizo a los proveedores de Beacon Health System a obtener un reporte crediticio, información bancaria y de empleo. Entiendo que debo proporcionar comprobantes de ingresos, dependientes, extractos bancarios, comprobantes de pago y declaraciones de impuestos. También entiendo que seré responsable por el pago total de los servicios prestados por cualquier proveedor de Beacon Health System si la información proporcionada anteriormente es falsa.

Firma del garante: _____ FECHA _____
 Firma del cónyuge: _____ FECHA _____