



**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:
	Cuenta de ahorro/ Cuenta corriente		
	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	\$ _____	Gastos de farmacia	\$ _____
Celular/Teléfono	\$ _____	Otros	\$ _____
Gas	\$ _____	Otros	\$ _____
<b>Gastos mensuales totales:</b>		<b>\$ _____</b>	

**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
- \*Tres últimos extractos bancarios (de todas las cuentas)
- \*Carta de los empleadores verificando los salarios
- \*Carta del Seguro Social que indique el monto del beneficio
- \*Formulario de compensación por desempleo
- \*Documentación de activos adicionales (acciones, bonos, IRA, etc.)
- \*Si no tienen ingresos, carta de confirmación y explicación de cómo se pagan sus costos de vida.

**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 \_\_\_\_\_