



EVALUACIÓN FINANCIERA CONFIDENCIAL

Fecha al Beneficiario _____ Regrese el: _____ o llame al (574) _____

Nombre del paciente _____ fecha de nacimiento _____

Nombre de Beneficiario: _____ No. de cuenta(s): _____

Dirección: _____

Teléfono en el día/message: _____ Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

PERSONAS EN EL HOGAR

Table with 6 columns: Nombre, Edad, Relación, Nombre, Edad, Relación. Multiple empty rows for data entry.

INGRESO MENSUAL

Table with 5 columns: Nombre, Empleador, Día empleado, Día de Terminación, Ingreso Neto al Mes. Multiple empty rows for data entry.

OTROS INGRESOS MENSUALES

Seguro Soc. \$ _____ Desabilida \$ _____ eficios de Desempleo \$ _____ Pension: \$ _____
TANF \$ _____ Manuntención de Niños \$ _____ Renta de Prop. \$ _____ Otros: \$ _____

CUENTAS BANCARIAS

Table with 4 columns: Nombre de Banco, Tipo (circule una), No. de Cuenta, Balance. Rows for Ahorro/Cheques.

OTROS ACTIVOS

(STOCKS, BONOS, FIDEICOMISOS, 401K, VALOR EN EFECTIVO DEL SEGURO DE VIDA, IRA, CD, INVERSIONES, ECT)

Tipo: _____ Valor: _____

GASTOS MÉDICOS MENSUALES

Prescripcciones: _____ Otros: _____

INCLUIR LA VERIFICACIÓN DE LOS INGRESOS, 3 ÚLTIMOS TALONES DE PAGO Y ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS Y DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS CON TODOS LOS HORARIOS

Si usted no tiene ningún ingreso, por favor proporcionar carta de apoyo y la explicación de cómo se pagan sus gastos de vida.

Certifico que toda la información es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información proporcionada será verificada y tratada como personal y confidencial. Asimismo, autorizo a los proveedores del Beacon Health System para obtener un informe de crédito, información bancaria y información del empleo. Entiendo que debo proveer verificación de ingresos, dependientes, estados de cuenta bancarios, recibos de pago y las declaraciones de impuestos. También entiendo que seré responsable por el pago total de los servicios prestados en cualquier proveedor de Beacon Health System si la información anterior se da de manera fraudulenta.

Firma del Beneficiario: _____ FECHA _____

Firma del Esposo (A) _____ FECHA _____