

**Solicitud de Declaración Financiero**

Nombre del Paciente:		# Cuenta:	
# Cuenta:	#Cuenta:	# Cuenta:	
<b>Todos las Precuentas deben de ser contestadas</b> <i>Si no aplican ponga N/A</i> <i>Por favor de usar otro papel si necesario</i>			
<b>Paciente: (Si el paciente es menor de edad por favor de usar la información del padre)</b>			
Nombre:		# de Seguro Social:	
Domicilio:		Fecha de Nacimiento:	
Ciudad, Estado, Código Postal:		¿Tiempo de Residencia?	
# de Teléfono:		Estado Marital:	
Domicilio Previo:			
Nombre & Domicilio de Trabajo:			
Nombre & Domicilio de Trabajo Previo:			
<b>Dependientes</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b># de Seguro Social</b>	<b>¿Viven en su hogar?</b>
Pariente mas cercano que no viva con usted:			#de Teléfono:
Domicilio:			Relación:
<b>Esposo o Esposa: ( Si el paciente es menor de edad por favor de usar la información de la madre)</b>			
Nombre:		# de Seguro Social:	
Domicilio:		Fecha de Nacimiento:	
Ciudad, Estado, Código Postal:		¿Tiempo de Residencia?	
# de Teléfono:		Estado Marital:	
Domicilio Previo:			
Nombre & Domicilio de Trabajo:			
Nombre & Domicilio de Trabajo Previo:			
<b>INFORMACION FIANCIERO: (Por favor de incluir todos los ingresos del hogar)</b>			
Ingresos Cantidad Bruta \$	Después de Impuestos \$	Otros Ingresos \$	
Seguro Social \$	Retiro/Pensión \$	IRA \$	
Certificado de Depósitos \$	Acciones/Bono/ Anualidad \$	Asistencia monetaria \$	Cupones de comida \$
Casa:    Dueño <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Comprando <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/>		Pago Mensual \$	
<b>Vehículos:</b>			
Ano/ Modelo/ Marca	Pago de Auto Mensual	Cantidad Debida	¿A quien se lo Paga?
<b>Vehículos Reactivos:</b>			
Ano/ Modelo/ Marca	Pago de Auto Mensual	Cantidad Debida	¿A quien se lo paga?

**Solicitud de Declaración Financiero** (continuado)

<b>Gastos Mensuales</b>		<i>(Por favor de Incluir pagos solamente si no están descontado de su salario)</i>			
		Actual	Pago Atrasado		
		Actual	Pago Atrasado	Actual	Pago Atrasado
Pago de Renta o Casa	\$	\$	Cuidado Infantil	\$	\$
Electricidad	\$	\$	Teléfono	\$	\$
Gas/Gas Natural	\$	\$	Gasolina de Auto	\$	\$
Agua/Drenaje/Basura	\$	\$	Comida	\$	\$
Child Support	\$	\$	Seguro Medico	\$	\$
Medicamentos	\$	\$	Seguro de Vida	\$	\$
Seguro de Auto	\$	\$	Fianzas/ Guarnecer	\$	\$
Pago de Auto	\$	\$	Otros _____	\$	\$
<i>Otros Pagos (Incluya pagos Médicos, Tarjetas de Crédito, Prestamos, Impuestos y otras deudas )</i>					
				Cantidad Debida	Pago Mensual
Nombre	Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal			\$	\$
Nombre	Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal			\$	\$
Nombre	Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal			\$	\$
Nombre	Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal			\$	\$
Nombre	Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal			\$	\$
Nombre	Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal			\$	\$
Nombre	Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal			\$	\$
Nombre	Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal			\$	\$
Nombre	Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal			\$	\$
Nombre	Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal			\$	\$
Nombre	Domicilio, Ciudad, Estado y Código Postal			\$	\$

**Autorización de Información:**

Yo autorizo que cualquier hospital o doctor medico que me haga atendido, y todo las agencias del estatales, el Departamento de Bienestar y Salud, y todos agencias Federales (Administración de Seguro Social, Administración del Veterano, etc....) y todos acreedores, bancos, instituciones de prestamos proporcionen cualquier información relacionada a me o otra persona de mi hogar a El Hospital de Bingham Memorial para que la examinan y/o copian si la requieren. En adición, autorizo al Hospital de Bingham Memorial de obtener mi reporte de crédito para verificar la información.

Esta información incluye pero no esta limitada a aplicaciones, archivos médicos, reportes, y facturas.

Además autorizo el Hospital de Bingham Memorial a proporcionar a usted cualquier información que tenga o reciba relacionada a cualquier aplicación que tenga o vaya tener para asistencia de cualquier agencia local, estatal o federal.

Una foto copia de esta autorización puede ser usada en vez de la original.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

**Solicitud de Declaración Financiero** (continuado)

1. Pruebas de Ingresos brutas (antes de impuestos) para la persona responsable, incluye talón de cheque y copia de impuestos federales del año pasado, child support, pensión o declaración de ingresos de seguro social; y/o su carta de indemnización del trabajador (unemployment).

2. Pruebas de residencia, incluya una copia de lo siguiente: factura de el gas, electricidad, teléfono, cable, recibo de la renta, tarjeta de crédito, licencia de conducir o tarjeta de elector.

Por mi Firma certifico que yo he leído esta aplicación y que toda la información que dado esta correcta a lo mejor de mi conocimientos. Yo entiendo que es contra la ley proporcionar información falsa para obtener asistencia financiera.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma de Persona Responsable

Si usted reporto ingresos de \$0.00 en la primera página, por favor de llenar la Declaración de Apoyo.

**Declaración de Apoyo**  
(Necesita ser llenada por la persona que le da la ayuda)

---



---



---



---



---



---

Yo certifico y verifico que toda la información esta correcta a lo mejor de mi conocimiento. I entiendo que mi firma no me hace responsable de los cargos médicos del paciente.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal

Domicilio

**Información de Seguro Medico**

¿Tuvo seguro medico o Medicaid durante el tiempo de ingreso al hospital? **SI NO**

Si tuvo, por favor de incluir una copia de la tarjeta (por delante y detrás) y complete la siguiente información.

Nombre de Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

# Policía o de Medicaid \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

**Uso de Hospital Solamente**

*Por mi firma abajo, yo afirmo que toda la información esta correcta a lo mejor de mi conocimiento.*

\_\_\_\_\_

Firma de Representante del Hospital Fecha de Terminación