

Women Caring for Women Solicitud de Ayuda Financiera



**SAN ANTONIO
REGIONAL HOSPITAL**

Fecha

Cuenta/FIN#

Apellido de paciente:	Nombre:	Segundo Nombre:	# de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Dirección del Paciente (del Hospital si es indigente)		¿Cuánto tiempo?		Mejor número telefónico de contacto:
Ciudad	Estado	Código Postal	Estado Civil	

Nombre de la parte responsable (si no es la misma)	# de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Mejor número telefónico de contacto
Nombre y dirección completa del empleador (de la parte responsable)			
# de teléfono del empleador		Pago bruto al mes \$:	
Nombre y dirección completa de otro empleador (de la parte responsable)			
# de teléfono del empleador		Pago bruto al mes \$:	
Si no trabaja, el nombre y dirección completa del último empleador			
Últimas Fechas de Empleo De A / último Día que Trabajó			

Escriba los miembros del hogar/dependientes del paciente	Fecha de Nacimiento	Relación	Empleado por

Activos

Renta casa Propietario Valor estimado de propiedad _____

¿Tiene otra propiedad? Sí/No Si tiene, valor estimado total _____

Saldo de cuenta corriente \$ _____

Saldo de cuenta de ahorros: \$ _____

¿Tiene automóviles? Sí/No Si tiene, valor estimado: _____

Marca: _____ Modelo: _____

403(b) or 401(k): \$ _____

Acciones/Bonos: \$ _____

Total de Activos: \$ _____

Ingresos Mensuales		Gastos Mensuales	
Sueldo - el mío	\$	Hipoteca/Renta	\$
Sueldo - de cónyuge	\$	Servicios Públicos	\$
Sueldo - otros integrantes del hogar	\$	Teléfono	\$
Trabajo por mi cuenta	\$	Comida	\$
Ayuda Pública	\$	Total financiado/otros préstamos	\$
Seguro Social	\$	Préstamos de Auto	\$
Compensación de Desempleo	\$	Seguro Médico	\$
Pensión Alimenticia/Manutención de Infantil	\$	Seguro de Auto	\$
Asignaciones de Familia Militar	\$	Medicamentos	\$
Pensiones	\$	Apunte otros gastos, por favor	\$
Ingresos de dividendos, intereses, alquileres	\$		\$
Cualquier otra fuente de ingresos	\$		\$
Total de Ingresos Mensuales del Hogar	\$		\$
			\$

Total de Gastos Mensuales	\$
----------------------------------	-----------

* Declaro bajo pena de perjurio que las respuestas que he dado son la verdad y correctas a mi mejor saber.

* Acepto decirle al proveedor de servicios de cualquier cambio de mis ingresos, propiedad, o gastos (o de las personas de parte de quienes actúo) o de las personas en el hogar, o cualquier cambio de dirección.

* Entiendo que, si no califico para ayuda financiera, seré personalmente responsable por cargos por servicios proporcionados por San Antonio Regional Hospital.

* Autorizo a San Antonio Regional Hospital a verificar la información provista y a revisar mi historia crediticia por medio de Experian u otra herramienta financiera para evaluar la presente solicitud de Ayuda Financiera.

Firma de Paciente/Solicitante

de Permiso de Conducir/Identificación

Fecha

Firma de Cónyuge

de Permiso de Conducir/Identificación

Fecha