

APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA DE CATHOLIC HEALTH SERVICES

INSTALACIÓN: ? SARH ? SCRH ? SJNC ? VMNC ? SANC MR Número: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ DOS _____

Persona Responsable: _____ SSN _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador: _____ FT/PT Teléfono _____ Salario Bruto Mensual \$ _____

Cónyuge: _____ SSN _____ Salario Bruto Mensual \$ _____

Empleador: _____ FT/PT Teléfono _____

Salario adicional de la Persona Responsable \$ _____ Salario adicional del Cónyuge \$ _____

Tamaño del Núcleo familiar _____ Entrada Económica Anual \$ _____ Edades de hijos menores _____

COMPROBACIÓN DE ENTRADA ECONÓMICA: COPIA DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN TIENE QUE ACOMPAÑAR SU APLICACIÓN PARA PODER PROCESAR LA ASISTENCIA FINANCIERA

Declaración de Impuestos (más reciente)

Aplicantes que trabajan por su cuenta:

Salario de Pago corriente (Persona Responsable y Cónyuge)

Por favor proporcione las 2 últimas declaraciones de impuesto con un reporte de las pérdidas y ganancias

Documentación de otras entradas económicas:

___ Seguro Social ___ Asistencia para Veteranos ___ Jubilación Ferroviaria ___ Incapacidad ___ Manutención Infantil ___ Seguro de Vida ___ Pensión
___ Pensión de Alimento a la mujer ___ Desempleo ___ Compensación por accidente de trabajo ___ Asistencia Pública ___ Otros: Especifique:

BIENES		DEUDAS Y PATRIMONIO NETO		GASTOS MENSUALES FIJOS	
Efectivo Disponible (cuenta de cheques)	\$	Préstamos Bancarios	\$	Hipoteca/Renta	\$
Ahorros	\$	Targetas de Crédito	\$	Utilidades	\$
Acciones/Bonos/Fondos de Retiro	\$	Hipoteca de la Casa	\$	Teléfono	\$
Auto: Modelo Año	\$	___ Renta ___ Propia	\$	Cable	\$
Auto: Modelo Año	\$	Otras Deudas	\$	Cuentas Médicas	\$
Hogar: Valor Estimado	\$	Otras Deudas	\$	Medicinas por Receta Médica	\$
Otros Bienes	\$	Otras Deudas	\$	Seguro	\$
Otros Bienes	\$	Total de Deudas	\$	Comestibles	\$
Total de Bienes	\$			Niñera y Manutención	\$
TOTAL de Bienes y Deudas	\$			TOTAL de Gastos Mensuales	\$

Por la presente reconozco que la información proveída a CHS es correcta según mi conocimiento. Autorizo a CHS a verificar la información aquí expuesta y a obtener un informe de crédito del buro de crédito al consumidor como sea necesario. **PRUEBA DE ENTRADA ECONÓMICA ES REQUERIDA.**

Firma del Paciente/Familiar _____ Fecha _____

Si tiene alguna pregunta con relación a esta aplicación, por favor contacte a un consejero financiero a

Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.