

North Canyon Medical Center
Informacion Financiera

Fecha de Aplicación: ___ / ___ / ___ Numero de Cuenta: _____ Balance Pendiente: _____

Todas las preguntas deben ser respondidas. Los formularios que no estén completamente llenos no serán considerados para pagos menores.

Persona Responsable: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___
Seguro Social: ___ - ___ - ___ Relacion al Paciente: _____
Dirección de correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Cuanto tiempo ah vivido en esta dirección: _____ Numero de Telefono: ___ - ___ - ___
Empleador: _____ Numero de Empleador: ___ - ___ - ___
Título del trabajo: _____ Cuánto tiempo ha trabajado para este empleador: _____
Nombre de Pareja: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ SS# ___ - ___ - ___
Dirección de correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Numero de Telefono: ___ - ___ - ___ Empleador: _____
Título del trabajo: _____ Cuánto tiempo ha trabajado para este empleador: _____

Dependientes: (Debes reclamarlos en tus impuestos.)

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____
Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____
Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Pariente o amigo más cercano, aparte de pareja: _____ Numero de Telefono: ___ - ___ - ___

Ingresos (Prueba de ingresos necesaria):

Propio: \$ _____ Mensual Pareja: \$ _____ Mensual
Otro Ingresos: _____
Seguro Social o Discapacidad \$ _____ Mensual Desempleo: \$ _____ Mensual
Compensación Laboral: \$ _____ Mensual Manutención infantil: \$ _____ Mensual
Otro: \$ _____ Mensual _____

Cupones de alimentos: \$ _____ Mensual ingresos por intereses: \$ _____ Mensual

Bienes:

Tiene propiedad propia: Si No Si es así, ubicación de la propiedad: _____
Cuenta de banco: Si No Nombre de Banco: _____ Cuenta de
Ahorros: Si No Nombre de Banco: _____

Continúe Atras

Certificados de Depósito Certificados de Depósito: Si No Nombre de Banco: _____

Ingresos Mensuales: \$ _____

| Gastos Mensuales | Mensual | Balance |
|-----------------------------|----------|-------------------------------|
| Renta/Pago de Casa | \$ _____ | \$ _____ |
| Seguranza de Casa | \$ _____ | \$ _____ |
| Impuesto sobre la Propiedad | | |
| Electricidad | \$ _____ | \$ _____ |
| Factura de Calefacción | \$ _____ | \$ _____ |
| Teléfonos | \$ _____ | \$ _____ |
| Agua/Basura/Alcantarilla | \$ _____ | \$ _____ |
| Pago de Automobil #1 | \$ _____ | \$ _____ |
| Pago de Automobil #2 | \$ _____ | \$ _____ |
| Seguranza de Automobil | \$ _____ | \$ _____ |
| Manutencion Infantil | \$ _____ | \$ _____ |
| Pensión Alimenticia | \$ _____ | \$ _____ |
| Total | \$ _____ | (Restar del Ingreso) \$ _____ |

Variables

| | | |
|--------------------|----------|----------|
| Cable | \$ _____ | \$ _____ |
| Tarjeta de Credito | \$ _____ | \$ _____ |
| Tarjeta de Credito | \$ _____ | \$ _____ |
| Tarjeta de Credito | \$ _____ | \$ _____ |

Billes Medicos (Por Favor, Describa):

| | |
|-------|----------|
| _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ |

Productos Para el Hogar (Por Favor, Describa):

| | |
|-------|----------|
| _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ |

Otro: (Por Favor, Describa):

| | |
|-------|----------|
| _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ |

Total: \$ _____ (Restar de Ingresos) \$ _____

Comentario:

Por favor, presente comprobante de ingresos con 2 meses de talones de pago o copias de sus impuestos. Con mi firma a continuación, juro que la información financiera proporcionada es verdadera y precisa a lo mejor de mi conocimiento. Proporcionar información falsa y/o inexacta me descalifica de cualquier asistencia financiera adicional.

Firma: _____

Fecha: _____