



Declaración Financiera del Paciente

Nombres y Apellidos de la persona responsable	
Nombre del paciente (En caso que sea diferente al nombre de la persona responsable)	Número de registración Médica del paciente postulado
Dirección completa de su residencia	Número de teléfono
Nombre de su esposo(a)	Número de teléfono

Información de su Trabajo

<input type="checkbox"/> Responsable Financiero del Paciente <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Esposo(a)	<input type="checkbox"/> Responsable Financiero del Paciente <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Esposo(a)
Trabajo: Nombre	Trabajo: Nombre
Dirección	Dirección
Numero de teléfono	Numero de teléfono
Ocupación	Ocupación
Tiempo trabajando	Tiempo trabajando

Miembros de su Familia: Por favor escriba los nombres completos, fecha de nacimiento y el parentesco de las personas que residen con usted.

Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento	Parentesco con usted

--	--	--

Ingresos: Por favor guíese con la carta de requisitos para determinar sus ingresos

Origen de Ingresos	Nombre Completo	Cantidad Recibida	W-Semanal B-Quincenal M- Mensual A-Anualmente

Banco e Inversiones: Incluya todas sus cuentas de banco, cuentas de ahorro, cuenta de Jubilacion/Vejes (IRA, fondo de pensión, 401k, 403b, etc), Dinero invertido en acciones/mercado, dinero invertido en fondos mutuos etc.

Banco/Inversiones	Cantidad	Comentarios

Otros Ingresos: Incluye propiedades personales excepto la casa donde reside (donde usted vive) y vehículos de uso personal.

Propiedad:	Valor Estimado	Suma de la deuda de la propiedad	Valor Neto

Por favor explique el porqué usted está solicitando asistencia financiera. Si usted no puede proveer los documentos requeridos para soportar su aplicación por favor explique.

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Si sus ingresos ó su estilo de vida ha cambiado, por favor explique y proporcione documentación (carta de desempleo, muerte de algún miembro de familia, divorcio, numerosas cuentas médicas u otros gastos, etc.

Esta Declaración Financiera debe de estar con la firma y fecha de las personas que aplíquen para el proceso su aplicación.

Yó, hago constar que toda la información proveída es verdadera y de mi absoluto conocimiento. St. John's Mercy Health Care están autorizadas para obtener reporte de crédito con conección al número de seguro social que Yó, como responsable firmó ésta aplicación, para dejar constancia que soy el portador legal de éste número de seguro social.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Número de Seguro Social

Fecha

Yó, hago constar que toda la información proveída es verdadera y de mi absoluto conocimiento. St. John's Mercy Health Care están autorizadas para obtener reporte de crédito en conección al número de seguro social que Yó, como responsable firmó ésta aplicación, para dejar constancia que soy el portador legar de éste número seguro social.

Firma de esposo(a)

Número de Seguro Social

Fecha