

SOLICITUD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

Ver [la poliza de asistencia financiera de NMC](#) (HCA 501R) para ver el criterios de elegibilidad

Fecha: _____

SECCIÓN I: DEMOGRAFÍA

Nombre del Paciente _____ No. SS _____ No. de Cuenta _____

Nombre del Avalista _____

Dirección _____ Fecha de Nacimiento _____

Ciudad, Estado Codigo Postal _____ Genero: ___M ___H

Estatus Marital: ___Solo ___Casado ___Divorciado ___Viudo ___Separado

Número de Contacto: Telefono Residencial () _____ Trabajo () _____

Celular () _____

Usted es Ciudadano Americano? _____ Residente Legal Permanente? _____

En que Condado Reside? _____

SECCIÓN II: INGRESOS CORRIENTES, GASTOS Y DATOS BANCARIOS

Ingresos Mensuales	Paciente	Cónyuge/Co-Applicante
A. Ingresos Brutos (antes de deducciones)		
B. Ingresos Netos (despues de deducciones)		
C. Ingresos de Negocios (si trabaja por su cuenta)		
D. Seguro Social/SSI		
E. Retiro		
F. Pensión/Manutención Alimenticia		
G. Intereses y Dividendos		
H. Ingresos Inmobiliarios		
I. Otros Ingresos		
Total de Ingresos Mensuales (total B-I)		
Total de Ingresos Mensuales del Paciente/Cónyuge		

Balance en su Cuenta de Cheques \$ _____ Balance en su Cuenta de Ahorros \$ _____

Tiene alguna otra Cuenta Bancaria? ___Si ___No (si la tiene, adjunte una hoja con la información bancaria)

SITUACIÓN FAMILIAR: Lista de miembros de la familia por nombre legal. Prueba de Ingresos pueden ser requeridos

	<u>NOMBRE</u>	<u>FDN</u>	<u>EDAD</u>	<u>NO. SS</u>	<u>RELACIÓN</u>	<u>INGRESOS BRUTOS</u>
1.	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____
2.	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____
3.	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____
4.	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____
5.	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____
6.	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____
7.	_____	_____	_____	_____	_____	\$ _____

Alguien de la familia esta embarazada? _____ Quien? _____ Relación _____

