



**SOLICITUD PARA ATENCIÓN DE CARIDAD  
 HOJA DE CÁLCULO FINANCIERO DEL PACIENTE**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Número de registro médico:** \_\_\_\_\_ **Cuenta(s):** \_\_\_\_\_

**PARTE RESPONSABLE:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Nombre de/la esposo/a:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/Estado:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado:** \_\_\_\_\_

**Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal (En caso de diferir de la anterior):** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR:**

Total de personas a cargo en el grupo familiar incluido usted: \_\_\_\_\_

¿Alguna otra persona hace aportes financieros su familia?      No      Sí \$ \_\_\_\_\_ (cantidad)

**INGRESOS MENSUALES: (Por favor indique todas las fuentes de ingresos)**

Paciente / Garante:	\$
Esposo/a:	\$
Otros ingresos de personas a cargo legales:	\$
<b>Total de ingresos:</b>	\$

**ACTIVOS: CAPITAL EXISTENTE (NO SERÁ CONSIDERADO PARA CARIDAD, PERO PUEDE SER USADO SI USTED APLICAR PARA EL MEDICAID:**

Cuentas de ahorros: _____	\$
Cuentas de cheques: _____	\$
Otras cuentas bancarias: _____	\$
(Liste) Otro capital existente: _____	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$

<b>INGRESOS MENSUALES QUE CALIFICAN:</b>	\$
<b>COMPOSICIÓN FAMILIAR QUE CALIFICA</b>	

**Certifico que, a mi mejor saber y entender, todas las respuestas dadas en este formulario son verdaderas y completas.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Una vez submitida y completa su aplicación y la documentación requerida, hay la posibilidad de que usted reciba por correo un cobro cuando su aplicación ha sido procesada. Usted no es responsable por ese cobro cuando su aplicación esta en proceso pero por favor llámenos al telefono 914-493-2089