

A CEDARS-SINAI AFFILIATE

APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del paciente: _____

Cuenta del paciente o nro. de historial médico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del SS: XXX-XX-_____

Mejor número de teléfono diurno: () _____ - _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Nombre del cónyuge: _____ Últimos 4 dígitos del SS: XXX_XX_____

¿Es usted ciudadano de los EE. UU? Sí No

Si no lo es, ¿es extranjero residente legal? Sí No

Si no lo es, ¿es extranjero no residente? Sí No

Estado de familia: Indique todos los dependientes que tiene (si son más de 4, use una página separada)

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

Empleo y ocupación

Empleador: _____ Puesto: _____

Si trabaja por su cuenta, indique el nombre de su negocio: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono: () _____ - _____ Tiempo de empleo: _____

Empleador del cónyuge: _____ Puesto: _____

Si trabaja por su cuenta, indique el nombre de su negocio: _____

Ingreso mensual actual	Paciente	Cónyuge	Total
Pago bruto (Salario)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos si trabaja por su cuenta	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Intereses y dividendos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Bienes raíces o propiedad de alquiler	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos de seguro social / jubilatorios	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimentaria, manutención	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos por discapacidad	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingreso mensual total	\$ _____	\$ _____	\$ _____

A CEDARS-SINAI AFFILIATE

APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Gastos esenciales mensuales de mantenimiento	Paciente	Cónyuge	Total
Alquiler o hipoteca	\$	\$	\$
Impuestos inmobiliarios	\$	\$	\$
Servicios públicos y teléfono	\$	\$	\$
Pagos de pensión alimentaria/ manutención	\$	\$	\$
Préstamo automotriz / pago de alquiler	\$	\$	\$
Educación (matrícula universitaria / escolar)	\$	\$	\$
Alimentos	\$	\$	\$
Seguros (hogar/automóvil)	\$	\$	\$
Cuidado infantil (dependientes)	\$	\$	\$
Otros gastos	\$	\$	\$
Gastos mensuales totales	\$	\$	\$

Deudas médicas (Saldo total que debe)	Paciente	Cónyuge	Total
Deuda médica pendiente (MDRH)	\$	\$	\$
Otras deudas médicas	\$	\$	\$
Deudas médicas totales	\$	\$	\$

Activos (Excluir cuentas de jubilación)	Paciente	Cónyuge	Total
Acciones y bonos	\$	\$	\$
Cuentas de mercado monetario / de corretaje	\$	\$	\$
Certificados de depósito	\$	\$	\$
Activos totales	\$	\$	\$

Mediante mi firma de esta solicitud, acepto que Hospital Marina Del Rey verifique mi empleo y solicite una historia de crédito.

(Firma del paciente)

(Fecha)

(Firma del cónyuge)

(Fecha)