

EL HOSPITAL DE CHARLOTTE HUNGERFORD
 APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA DEL FONDO DE CAMA GRATIS

HOJA DE TRABAJO DE INGRESO/GASTOS (adjunte más páginas si es necesario)

1. NOMBRE _____ # de TELÉFONO _____
 DIRECCIÓN: _____

2. INGRESO: NÚMERO DE PERSONAS EN LA CASA: _____ EDADES: _____
 INGRESO NETO TOTAL POR MES: _____
 FUENTE: _____ SI DESEMPLEADO - ¿POR QUÉ? _____

3. GASTOS - NECESIDADES:	\$/ MENSUAL O ANUAL	BALANCE DEBIDO
ARRIENDO/HIPOTECA	_____	_____
SEGURO/IMPUESTOS-HIPOTECA	_____	_____
COMIDA	_____	_____
ATENCIÓN MÉDICA	_____	_____
MEDICAMENTOS	_____	_____
CONSULTAS MÉDICAS _____	_____	_____
PAGOS DEL COCHE	_____	_____
REPARACIONES DEL COCHE Y GASOLINA	_____	_____
SEGURO E IMPUESTOS DEL COCHE	_____	_____
CUIDADO DE NIÑOS	_____	_____
TELÉFONO	_____	_____
ELECTRICIDAD	_____	_____
GAS O ENERGÍA (PETRÓLEO)	_____	_____
AGUA	_____	_____
GASTOS: COSAS DE COMODIDAD	_____	_____
CABLE	_____	_____
CELULAR	_____	_____
DEUDAS: TARJETAS DE CRÉDITO:	_____	_____
OTROS GASTOS -INDIQUE _____	_____	_____
GASTOS TOTALES:	_____	_____
INGRESO NETO TOTAL POR MES	_____	
MENOS LOS GASTOS POR MES	_____	
INGRESO RESTANTE	_____	

DOCUMENTOS FINANCIEROS REQUERIDOS (si aplicable)

- _____ DECLARACIÓN FEDERAL DE IMPUESTOS Y W-2 AÑOS _____
- _____ VERIFICACIÓN DEL INGRESO - EJEMPLOS INCLUIDOS AUNQUE NO EXCLUSIVAMENTE:
- _____ Los dos últimos colillas/talones de cheque del paciente y/o su esposo/a
 - _____ Verificación del Cheque de Seguro Social
 - _____ Verificación del Cheque de Incapacidad
 - _____ Copia del Certificado de los depósitos
 - _____ Copia del IRA, Fondo Mutuo o 401k
 - _____ Interés ganado de acciones y bonos
 - _____ Afirmación reciente de Cuenta de Ahorros
 - _____ Afirmación reciente de Cuenta de Cheques
 - _____ Copia del Cheque de Pensión
 - _____ Copia del Cheque de Pensión Alimenticia
 - _____ Copia del Cheque de Asistencia Al Niños
- _____ Adjunte cualquier información de
 Departamento de Servicios Sociales
 re: Aprobación, "Spendown," Negativa

POR LA PRESENTE, YO RECONOZCO QUE LA INFORMACIÓN ES EXACTA Y COMPLETA AL MEJOR DE MI SABER Y QUE CUALQUIER MISREPRESENTACION DE INFORMACIÓN RESULTARÁ EN EL PAGO DE CUALQUIER ASISTENCIA FINANCIERA DADA. CONJUNTAMENTE CON ESTA APLICACIÓN EL HOSPITAL PUEDE VERIFICAR LA INFORMACIÓN MÁS ARRIBA POR EL USO DE UNA AGENCIA DE CRÉDITO.

FIRMA: _____ FECHA _____