



Se encuentran
 consejeros financieros en:
 405 E. Monroe, Suite
 C Jonesboro, AR
 (870) 207-7227 / (870) 207-7228

NOMBRE Y APELLIDO: _____ FECHA: _____

NÚMERO DEL INFORME MÉDICO: _____

Por favor, contesta todas las preguntas tan completamente y precisamente que sea posible. Si falta espacio para tus respuestas, adjunta otra hoja a este formulario.

Por favor, lista todas las personas que viven en tu casa (incluso el/la paciente) y llena cada espacio que está al lado de los nombres:

Número de Seguro Social	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación que tiene contigo	Empleador
-------------------------	----------	--------	---------------------	----------------------------	-----------

INGRESOS: ¿ALGUNA PERSONA EN TU CASA (INCLUSO EL PACIENTE) TIENE INGRESOS DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

Ingresos Mensuales (Círculo): Sí o No	Nombre de la persona	¿Con qué frecuencia se reciben?	Cantidad después de las deducciones
Empleo/Trabajo		Sí No	
Agricultura/Cuenta propia		Sí No	
Arrendamiento de propiedades		Sí No	
Beneficios del retiro		Sí No	
Beneficios del seguro social		Sí No	
Ingreso Suplementario (SSI)		Sí No	
Pensión veterana (o de otro tipo)		Sí No	
Deducción militar		Sí No	
Suplemento de Job Corps		Sí No	
Manutención de menores		Sí No	
Contribuciones/de familia, amigos		Sí No	
Beneficios de desempleo		Sí No	
Compensación de trabajadores		Sí No	
Huéspedes/alojados		Sí No	
Seguros		Sí No	
Ahorros o dividendos		Sí No	
Otros(cuidado de niños, tiempo parcial)		Sí No	

Total de ingresos mensuales \$ _____

HAY QUE PROVEER COMPROBANTE/S DE INGRESOS MENSUALES Y ESTADOS DE CUENTA
 Talones de cheque, copias de los cheques de beneficios mensuales

APLICACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Enviar a: Financial Services, PO Box 1713, Jonesboro, AR 72403

¿Reportaste los impuestos? __ (Sí) Adjunta una copia actual de tu 1040 Federal Income Tax Documents
____ (No) Explica: _____

¿Trabajas? __ (Sí), pero si no ganas lo suficiente para reportar los impuestos, adjunta una copia de tu W-2.

¿Tienes una cuenta de cheque? __ (Sí) __ (No) Si marcaste (Sí), adjunta copia de estado de cuenta actual.

¿Tienes una cuenta de ahorro? __ (Sí) __ (No) Si marcaste (Sí), adjunta copia de estado de cuenta actual.

¿Recibes Asistencia Pública? __ (Sí) __ (No) Si marcaste (Sí), adjunta prueba de estampillas y/o HUD.

HUD \$ _____ Mensual Estampillas \$ _____ Mensual

¿Ha trabajado en los últimos 6 meses un miembro de tu hogar quien no trabaja actualmente? Si es así, lista su nombre, el último mes/año en que trabajó esa persona, y su lugar de trabajo.

¿Cómo has podido cubrir tus expensas en los últimos 6 meses?

EXPENSAS MENSUALES :

Pago Mensual de Hogar o Alquiler	\$ _____
Pago Mensual de Auto o Camión.....	\$ _____
Pago Mensual de Préstamo Bancario.....	\$ _____
Pago Mensual de Tarjetas de Crédito (Lista lo mínimo pagable cada mes).....	\$ _____
Pago Mensual de Doctor, Dentista, u Hospital.....	\$ _____
Pago Mensual de Utilidades (Eléctrica, Gas, Agua, Teléfono, Cable, Etc.).....	\$ _____
Pago Mensual de Alimentos, Ropa, Gasolina, Donaciones.....	\$ _____
Pago Mensual de Préstamos Estudiantiles.....	\$ _____
Pago Mensual de Guardería Infantil.....	\$ _____
Pago Mensual de Manutención de menores... ..	\$ _____
Pago Mensual de Medicinas (Cantidad que no se cubre por el seguro médico).....	\$ _____
Pago Mensual de primas de seguro (No pagados por deducciones de cheque).....	\$ _____
Seguro pagado cada 3 meses.....\$ _____	\$ _____
Seguro pagado cada 6 meses.....\$ _____	\$ _____
Seguro pagado cada 12 meses.....\$ _____	\$ _____
Impuesto Personal y de Propiedad Inmobiliaria cada año....\$ _____	\$ _____
TOTAL DE EXPENSAS MENSUALES.....	\$ _____

Por Favor, Lea Antes de Firmar

La información contenida en esta forma se reúne con el fin de considerar si el candidato califica para asistencia caritativa. Yo certifico que la información proporcionada es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Yo autorizo St. Bernards Medical Center, su agente o cualquiera Agencia de Crédito o Agencia Investigativa empleada por St. Bernards a investigar las referencias aquí enumeradas, declaraciones realizadas, u otros datos obtenidos sobre mí son de mi responsabilidad crediticia y/o financiera. St. Bernards se reserva el derecho de pedir la verificación o modificar las expensas mensuales para la razonabilidad. Las aplicaciones no se procesarán si no se acredita la documentación de ingresos, en cuyo caso serán devueltas.

Firmado por: _____ Fecha: _____

Número de Teléfono (Donde se le puede contactar)..... Código de Área _____ Número _____

Dirección Postal _____
(Calle/Oficina Postal) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)