



SPANISH – Financial Assistance

Se encuentran
 consejeros financieros en:
 (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 esta al lado de los nombres:

Numro 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 (Circulo): Sí No	Nombre de la persona	Con que 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		
Huespedes/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



SPANISH – Financial Assistance

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 Publica? ___(Sí)___(No) Si marcaste (Sí) adjunta prueba de estampillas y/o HUD.

HUD \$ _____ Mensual

Estampillas \$ _____ Mensual

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

Cómo has podido cubrir tus expensas en los ultimos 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.....	\$ _____



SPOC4232



SPANISH – Financial Assistance

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 numeradas, declaraciones realizadas, u otros datos obtenidos sobre mí on 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 procesaran si no se acredita la documentación de ingresos, en cuyo caso seran devueltas.

Firmado por: _____

Fecha: _____

Numero de Teléfono (Donde se le puede contactar)..... Código de Area _____ Numero _____

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