

INGRESOS Y GASTOS

INGRESOS MENSUALES

Ingreso Bruto del paciente _____

Ingreso Neto del paciente _____

Ingreso Bruto del esposo(a) _____

Ingreso Neto del esposo(a) _____

Ingreso Bruto de los padres _____

Ingreso Neto de los padres _____
(Si el paciente es menor por favor liste los ingresos de los dos padres)

Suma del Seguro Social recibido por paciente _____

Suma del Seguro Social recibido por esposo(a) _____

Suma del Seguro Social recibido por hijo(a) _____

Ingreso del SSI (**indique la cantidad y quien la recibe**) _____

Pension Militar, Reserva o Veteranos _____

Ingreso de incapacidad a corto y largo plazo _____

Manutencion/pension alimenticia _____

Suma del cheque de Desempleo _____

Pension de Jubilacion/Retiro _____

Remuneracion de Trabajadores (WC) _____

Ingresos recibidos por renta _____

AFDC/Asistencia familiar _____

Cupones de Alimentacion recibidas _____

Suma de la ayuda recibida por la iglesia _____

Otros ingresos que recibe _____

Declaracion del Solicitante: Por el presente certifico que la informacion que contiene este formato esta correcta y es verdadera a mi saber y entender, y que no hay elementos de informacion encubiertos u omitidos en esta solicitud. Tambien entiendo que el Hospital de Huntsville tiene el derecho de reservar sus decisiones sobre los descuentos de caridad cuando se descubre que el paciente o el garantor tuvo o tiene las habilidades para pagar los servicios. Yo le doy permiso al Hospital de Huntsville para acceder a mis expedientes de credito y proporcionar mi informacion financiera a companias contratadas por el Hospital de Huntsville para el proposito financiero o producto de programas de recuperacion financiera la cual pueda calificar. Si usted le gustaria darnos permiso para hablar con otra persona respecto al proceso de su aplicacion financiera, por favor liste a la persona designada en el espacio de abajo.

Persona designada: _____ Iniciales del Paciente aprobando _____

Firma del Paciente o familiar representante _____ Fecha: _____

Firma del esposo(a) _____ Fecha: _____

Medassist Rep _____ Financial Counselor: _____

GASTOS MENSUALES

****Si los gastos son compartidos, por favor solo liste su parte****

Alquiler o pago de casa/trailer _____

Pago de terreno/lotos _____

Servicios _____ Gas _____ Agua _____

Alimentacion _____ Telefono _____

Pago del Carro _____ Aseguranza del Carro _____

Manutencion/pension alimenticia _____

Gastos de cuidado infantil/ Educacion infantil _____

Educacion/prestamos para la Universidad _____

enumera todas la primas de los seguros pagados

Hospital/Indemnizacion diaria _____

Aseguranza de Vivienda/Arrendadores _____

Seguro Medico _____ Seguro Estudiantil _____

Seguro de Vida/entierro _____ Seguro contra el Cancer _____

Gastos Medicos (mensuales) _____

Costo de prescripcion (mensuales) _____

Tarjeta de Credito: Nombre _____ Pago _____

Tarjeta de Credito: Nombre _____ Pago _____

Prestamo Bancario: Nombre _____ Pago _____

Otros Gastos _____ Pago _____

Health System

Huntsville Hospital
Huntsville Hospital for Women & Children
Madison Hospital
Decatur Morgan Hospital
Helen Keller Hospital
Red Bay Hospital

***Por favor escriba su nombre y no deje espacio en blanco. Escriba "N/A" en areas que no aplican a su circunstancias).**

Nombre del Paciente: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial _____

Numero de cuentas: _____

Fecha(s) de Admision: _____ Rason: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: (circule uno) Casado Viviendo-Juntos Soltero Viudo Divorciado Separado Hace cuánto? _____

Nombre del esposo(a) _____ Fecha de Nacimiento del esposo(a) _____

Seguro Social del esposo(a) _____

Tel. Residencial del paciente: _____ # Trabajo: _____ # Cel. _____

Direccion actual: _____

Condado: _____ Hace cuanto que vive ahi? _____

Nombre y Tel. De familiares que no viven con usted _____

Empleador del Paciente: _____ Fecha de Contrato: _____

Si desempleado-ultimo dia de trabajo: _____ Rason: _____

Empleador del Esposo(a): _____ Fecha de Contrato: _____

Si desempleado-ultimo dia de trabajo: _____ Rason: _____

Liste **TODAS** las cuentas bancarias (incluya nombre y # de cuenta):

Cuentas del Paciente: _____ Cheques _____ Ahorros _____ Otro _____

Cuentas del Esposo(a): _____ Cheques _____ Ahorros _____ Otro _____

Cuentas de hijos menores de edad: _____ Cheques _____ Ahorros _____ Otro _____

Propietario de: Casa _____ Terreno _____ Carro (ano y marca) _____

Esta Usted?: Rentando _____ Comprando _____ Dueño de propiedad _____

Viviendo con/o recibe asistencia de alguien? _____ Quien? _____

Numero de personas que viven en su hogar _____ Que parentesco tienen con usted? _____

Enumere la edad de los hijos menores que viven en casa: _____

Fue este servicio un accidente? _____ Causa del accidente: _____ Fecha y lugar del accidente _____

Si estuvo involucrado liste:

Informacion de poliza medica: _____ Informacion de poliza de responsabilidad(liability insu): _____

Informacion de poliza de vivienda: _____