

Complete/devuelva el ____ / ____ / ____ Iniciales del personal: _____ Cuenta _____

Servicios Médicos Nanticoke Memorial
801 Middleford Road, Seaford, DE 19973 (302) 629-7946
SOLICITUD FINANCIERA

Nombre del paciente _____ Dirección de correo electrónico _____

Dirección _____

Nro. de teléfono _____ Nro. de Seguro Social _____ Estado civil _____

Empleador _____ Dirección _____

Ciudadano estadounidense: Sí ____ No ____	Residente permanente: Sí ____ No ____
---	---------------------------------------

Nombre del cónyuge/garante _____ Nro. de Seguro Social _____

Empleador del cónyuge _____ Dirección _____

Ciudadano estadounidense: Sí ____ No ____ Residente permanente: Sí ____ No ____

Cuenta corriente: Sí ____ No ____	Cuenta de ahorros: Sí ____ No ____
-----------------------------------	------------------------------------

Estatus residencial: Casa propia ____ En proceso de compra ____ Alquilada ____ Vive con la familia ____

¿Alguien en su casa recibe cupones de alimentos? Sí ____ No ____ (\$ ____)
Nombres _____

¿Alguien en su casa recibe Medicaid? Sí ____ No ____ (\$ ____)
Nombres _____

¿Alguien en su casa califica para el Programa Comunitario de Acceso a la Salud (Community Health Access Program, CHAP)? Sí ____ No ____
Nombre(s) _____

Cantidad de adultos en su declaración de impuestos _____

Cantidad de niños en su declaración de impuestos _____

Nombre del niño _____ FDN _____ Nombre de la compañía aseguradora _____
Nombre del niño _____ FDN _____ Nombre de la compañía aseguradora _____
Nombre del niño _____ FDN _____ Nombre de la compañía aseguradora _____
Nombre del niño _____ FDN _____ Nombre de la compañía aseguradora _____

.....
POR FAVOR COMPLETE LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO

INFORMACIÓN DEL INGRESO MENSUAL
(ASEGÚRESE DE INCLUIR UNA PRUEBA DE
INGRESO)

Al paciente le pagan: Semanalmente _____
 Dos veces al mes _____

Ingreso mensual bruto del paciente _____

Ingreso mensual neto del paciente _____

Al cónyuge le pagan: Semanalmente _____
 Dos veces al mes _____

Ingreso mensual bruto del cónyuge _____

Ingreso mensual neto del cónyuge _____

Pensión _____

Ingreso por alquiler de propiedades _____

Ingreso por discapacidad _____

Desempleo _____

Manutención infantil/pensión alimenticia _____

Ingreso neto del Seguro Social _____

Ingreso bruto del Seguro Social _____

Ingreso por servicios sociales/estatales _____

Otro _____

Comentarios _____

Ingreso bruto anual total _____

Ingreso neto mensual total _____

INFORMACIÓN DE GASTOS MENSUALES

Alquiler/hipoteca
 (A quién se le paga) _____ \$ _____

Alimentación _____ Electricidad _____

Teléfono _____ Combustible/gas para calefacción _____

Combustible para vehículos _____

Seguro vehicular _____ Televisión por cable _____

Guardería _____ Aseo _____

Agua/alcantarillado _____ Matrícula _____

Prescripciones _____

Seguro médico/de vida _____

Seguro para propietarios de vivienda _____

Manutención infantil/pensión alimenticia _____

<u>A quién</u>	<u>Monto mensual</u>	<u>Total</u>
----------------	----------------------	--------------

Préstamo vehicular _____		
--------------------------	--	--

Tarjeta de crédito _____	\$ _____	\$ _____
--------------------------	----------	----------

Tarjeta de crédito _____	\$ _____	\$ _____
--------------------------	----------	----------

Tarjeta de crédito _____	\$ _____	\$ _____
--------------------------	----------	----------

Tarjeta de crédito _____	\$ _____	\$ _____
--------------------------	----------	----------

Tarjeta de crédito _____	\$ _____	\$ _____
--------------------------	----------	----------

Otro _____

Gastos mensuales totales _____

Autorización de investigación crediticia

Por medio de la presente, autorizo a Nanticoke Memorial Hospital Inc. o sus agentes a investigar cualquier referencia, declaración u otros datos proporcionados por mí o por cualquier persona perteneciente a mi responsabilidad crediticia y financiera. Entiendo que la información dada será utilizada solo con el propósito de determinar la elegibilidad para un plan de pago o posible reducción de cargos solo en mi factura hospitalaria (**no incluirá cargos por médicos, radiólogos, patólogos, ni cualquier otro profesional médico afiliado relacionado**). Afirmo que la información proporcionada acerca de mi asistencia es verdadera y correcta

Fecha: ____/____/____ Testigo _____ Firma _____