

Evaluación Financiera

Formulario de fecha se le dio al paciente: _____ PV POC: _____

Saldo total de la cuenta: \$ _____ Balance de responsabilidad personal del paciente: \$ _____

INSTRUCCIONES: por favor complete la siguiente información y devuelva dentro de los 15 días después de la recibo.

Personal Responsable: _____ Nombre del Esposo: _____

Empleador: _____ Empleador del Esposo: _____

Duración del Empleo: _____ Duración del Empleo: _____

Enumere los miembros del hogar, incluidos los menores de 18 años (si se necesita más espacio, continúe en los comentarios):

	Relación con el paciente o la parte responsable	Nombre	Fecha de nacimiento	Reclamación del Impuesto Federal sobre la Renta (S/N)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

INGRESOS MENSUALES Indique TODAS las fuentes de ingresos, escriba 0 si no corresponde.

	<u>Ingresos Brutas</u>	<u>Ingresos Netos</u>
Salarios/Propinas de la Parte Responsable	\$ _____	\$ _____
Salarios/Propinas del Cónyuge	\$ _____	\$ _____
Ingresos por desempleo	\$ _____	\$ _____
Compensación al Trabajador	\$ _____	\$ _____
Ingresos por discapacidad	\$ _____	\$ _____

Nombre: _____

Prairie View Número de Caso: _____

INGRESOS MENSUALES CONTINUADOS

Ingresos del Seguro Social	\$ _____	\$ _____
Pago para Veteranos	\$ _____	\$ _____
Beneficios para sobrevivientes	\$ _____	\$ _____
Pensión	\$ _____	\$ _____
Ingresos de jubilación	\$ _____	\$ _____
Manutención de los hijos	\$ _____	\$ _____
Intereses/Dividendos	\$ _____	\$ _____
Derechos de autor	\$ _____	\$ _____
Rentas del alquiler de inmuebles	\$ _____	\$ _____
Sucesiones/Fideicomisos	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____	\$ _____
Asistencia desde fuera del hogar	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos: _____	\$ _____	\$ _____
TOTAL BRUTO Ingreso Mensual	\$ _____	
Ingreso Mensual NETO TOTAL		\$ _____

Proporcione una explicación por escrito de su situación financiera actual. Esta información se utilizará para llegar a una determinación razonable con respecto a su cuenta. Si necesita espacio adicional, utilice el reverso de este formulario o agregue papel adicional.

Comentarios:

Certifico que la información anterior es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información debe usarse para determinar mi capacidad para pagar los servicios prestados por Prairie View. Por la presente, otorgo permiso a Prairie View para investigar la información contenida en este documento.

Firma del Parte Responsable/Paciente _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____