

Evaluación Financiera

Formulario de fecha se le dio al paciente: _____

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: _____

Número de dependientes reclamados en el formulario de impuesto federal sobre la renta: _____

Edad de los dependientes: _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____

ACTIVOS

	<u>Valor Estimado</u>	<u>Balance Impago</u>
Residence	\$ _____	\$ _____
Vehicles	\$ _____	\$ _____
Farm	\$ _____	\$ _____
Business	\$ _____	\$ _____
Rental Property	\$ _____	\$ _____
Recreation Vehicle	\$ _____	\$ _____
Other: _____	\$ _____	\$ _____
Other: _____	\$ _____	\$ _____

OTRO ACTIVOS

Institución Financiera: _____

Dirección: _____

Saldo de Cuenta Corriente: \$ _____ as partier de: (Fecha) _____

Saldo de Cuenta Ahorros: \$ _____ as partier de: (Fecha) _____

Certificados de Ahorro: \$ _____ as partier de: (Fecha) _____

Otras Inversiones: \$ _____ as partier de: (Fecha) _____

Nombre: _____

Prairie View Número de Caso: _____

INGRESO MENSUALES Por favor indique todas las fuentes de ingresos.

	<u>Ingresos Brutos</u>	<u>Ingresos Netos</u>
Ingresos del Responsable	\$ _____	\$ _____
Ingresos del Esposo	\$ _____	\$ _____
Ingresos por Desempleo	\$ _____	\$ _____
Ingresos por Discapacidad	\$ _____	\$ _____
Manutención de Niños	\$ _____	\$ _____
Otros Ingresos: _____	\$ _____	\$ _____
TOTAL de Ingresos Brutos Mensuales		\$ _____
TOTAL de Ingresos Netos Mensuales		\$ _____ *1

GASTOS MENSUALES Por favor indique los gastos promedio de los siguientes artículos.

Comestibles	\$ _____
Servicios públicos: electricidad/gas/propano.	\$ _____
Servicios de Agua / Basura	\$ _____
Teléfono	\$ _____
Gasolina	\$ _____
Cuidado de los Niños	\$ _____
Cable / Internet	\$ _____
Vestidos	\$ _____
Otra: _____	\$ _____
Otra: _____	\$ _____
TOTAL de Gastos Mensuales Promedio	\$ _____ *2

ACREEDORES Indique el nombre del acreedor y todos los pagos mensuales.

	<u>Nombre</u>	<u>Balance Impago</u>	<u>Mensualidad</u>
<u>Alquiler / Hipoteca:</u>	_____	\$ _____	\$ _____
<u>Médico</u>			
Hospital:	_____	\$ _____	\$ _____
Doctor:	_____	\$ _____	\$ _____
Doctor:	_____	\$ _____	\$ _____
<u>Préstamo de Vehículo:</u>	_____	\$ _____	\$ _____
<u>Seguro</u>			
Vehículo:	_____	\$ _____	\$ _____
Salud:	_____	\$ _____	\$ _____
Vida:	_____	\$ _____	\$ _____
Otra:	_____	\$ _____	\$ _____
<u>Préstamos Escolares:</u>	_____	\$ _____	\$ _____
<u>Otro Préstamo:</u>	_____	\$ _____	\$ _____

Nombre: _____

Prairie View Número de Caso: _____

<u>Tarjetas de Crédito –</u>	<u>Total Adeudado</u>	<u>Mensualidad</u>
Visa	\$ _____	\$ _____
MasterCard	\$ _____	\$ _____
Discover	\$ _____	\$ _____
American Express	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____

TOTAL de Todos los Pagos Mensuales a los Acreedores \$ _____ *3

GASTOS MENSUALES TOTALES (*2 más *3) \$ _____ *4

INGRESOS MENOS GASTOS MENSUALES TOTALES (*1 menos *4) \$ _____

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 toda la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información se utilizará para determinar mi capacidad de pagar los servicios proporcionados por Prairie View. Por la presente doy permiso a Prairie View para investigar la información contenida en este documento.

Paciente / Persona Responsable

Firma: _____ Fecha: _____