



Nombre: _____

Número de Caso con Prairie View: _____

EVALUACIÓN FINANCIERA

Fecha en que le fue otorgada la forma al paciente:

Saldo Total de la Cuenta: \$

Saldo de la Responsabilidad Personal del Paciente: \$ - - -

INSTRUCCIONES: Por favor complete la siguiente información y regrésela dentro de los siguientes 15 días de la fecha en que la recibió.

Parte Responsable:

Nombre del (la) Esposo (a):

Empleador:

Esposo (a) del Empleador:

Duración del Empleo:

Duración del Empleo:

Número de Dependientes reclamados en la Forma Federal de Impuestos a los Ingresos:

Edad de los Dependientes: _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____

ACTIVOS

	<u>Valor Estimado</u>	<u>Saldo sin Pagar</u>
Residencia	\$ _____	\$ _____
Vehículos	\$ _____	\$ _____
Finca	\$ _____	\$ _____
Negocio	\$ _____	\$ _____
Propiedad en Renta	\$ _____	\$ _____
Vehículo Recreativo	\$ _____	\$ _____
Otro:	\$ _____	\$ _____
Otro:	\$ _____	\$ _____

OTROS ACTIVOS

Institución Financiera: _____

Dirección: _____

Nombre: _____

Número de Caso con Prairie View: _____

Saldo en la Cuenta de Cheques: \$ _____ al: (Fecha) _____

Saldo en la Cuenta de Ahorros: \$ _____ al: (Fecha) _____

Certificados de Ahorro: \$ _____ al: (Fecha) _____

Otras Inversiones: \$ _____ al: (Fecha) _____

INGRESO MENSUAL Por favor indique TODAS las fuentes de ingresos.

	Ingresos Brutos	Ingresos Netos
Ingreso de la Parte Responsable	\$ _____	\$ _____
Ingreso del Esposo (a)	\$ _____	\$ _____
Ingreso por Desempleo	\$ _____	\$ _____
Ingreso por Discapacidad	\$ _____	\$ _____
Manutención de Hijos	\$ _____	\$ _____
Otros Ingresos:	\$ _____	\$ _____
Ingreso Mensual BRUTO TOTAL	\$ _____	
Ingreso Mensual NETO TOTAL		\$ _____ *1

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

Comestibles \$ _____

Servicios: Eléctrico/Gas/Propano \$ _____

Agua / Basura \$ _____

Teléfono \$ _____

Gasolina para el (los) vehículos (s) \$ _____

Cuidado Infantil \$ _____

Cable / Internet \$ _____

Ropa \$ _____
 Nombre: _____
 Número de Caso con Prairie View: _____

Otro: \$ _____
 Otro: \$ _____
 SUB-TOTAL de los Gastos Mensuales Promedio \$ _____ *2

ACREEDORES Por favor liste el nombre del Acreedor y TODOS los pagos mensuales.

	Nombre	Saldo sin Pagar	Pago Mensual
Renta / Hipoteca:	_____	\$ _____	\$ _____
Hospital Médico:	_____	\$ _____	\$ _____
Doctor:	_____	\$ _____	\$ _____
Doctor:	_____	\$ _____	\$ _____
<u>Préstamo de Auto:</u>	_____	\$ _____	\$ _____
<u>Seguro:</u>			
Vehículo:	_____	\$ _____	\$ _____
Salud:	_____	\$ _____	\$ _____
Vida:	_____	\$ _____	\$ _____
Otro:	_____	\$ _____	\$ _____
<u>Préstamos Escolares:</u>	_____	\$ _____	\$ _____
<u>Otros Préstamos:</u>	_____	\$ _____	\$ _____

Tarjetas de Crédito –	<u>Monto Total de la Deuda</u>	<u>Pago Mensual</u>
Visa	\$ _____	\$ _____
MasterCard	\$ _____	\$ _____
Discover	\$ _____	\$ _____
American Express	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

Nombre: _____

Número de Caso con Prairie View: _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

_____ \$ _____ \$ _____

SUB-TOTAL de TODOS los Pagos Mensuales a Acreedores \$ _____ *3

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

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

Por favor dé una explicación por escrito de su situación financiera actual. Esta información será utilizada para llegar a una determinación razonable sobre su cuenta. Si necesita espacio adicional, por favor use la parte de atrás de esta forma o añada hojas.

Comentarios: _____

Yo certifico que toda la información es verdadera y correcta de acuerdo a mi mejor saber y entender. Yo entiendo que la información será utilizada para determinar mi habilidad para pagar por los servicios provistos por Prairie View. Por la presente concedo permiso a Prairie View para que investigue la información aquí incluida.

Parte Responsable /Paciente

Firma: _____

Fecha: _____