

MID-COLUMBIA MEDICAL CENTER
Aplicacion de Asistencia Financiera

1700 E. 19th Street, The Dalles, OR
 541-296-7500

Nombre del pacient: _____
 Número de cuent: _____

Ingresos y Bienes

Pagos y Cuentas

INGRESOS: (de los totales anuales brutos)	Usted	Esposo/esposa	Otros Pagos	Monto/Cantidad Mensual	Saldo/Balance a Pagar
Salario/Sueldo			Hipoteca/renta		
Beneficios de Seguro Social:			Pago Línea de Crédito		
Subsidio de desempleo:			Pagos de auto(A)		
Ayuda del estado:			Pagos de auto(B)		
Manutención de menores:			Gasto en alimentos		
Otros ingresos:			Servicios públicos (agua, basura, luz,		
Intereses por ingresos			Tarjetas de Credito		
Ingresos Totales					
			Otro(s) creditos: casas comerciales, etc.		
Bienes			Otros gastos médicos		
Cuentas de Ahorro, IRAs.					
Acciones, bonos y efectivo					
Seguros de vida					
El valor de su casa					
Valor de otras propiedades			Monto Pago(s):		
El valor de auto primario			Auto:		
El valor de auto secundario			Medico:		
Copia último estado de cuenta de banco			Vida:		
Copia última declaración de impuestos			Otro:		
Bienes Totales			Cuentas Totales		

Cuántas personas viven en su hogar: ____

Nombres Y edades _____

Pago mensual propuesto a MCMC: \$

Requerida fecha de pago

Certifico que la información entregada es verdadera v correcta en mi conocimiento.
 Toda la información es sujeta a verificación v proveeré la documentación que se requiere.

Firma:	Fecha:
Firma:	Fecha:

Solamente para uso de oficina

Approved Assistance: ____ No ____ Yes ____ Full ____ Partial % ____ Over Income: ____ No ____ Yes

Payment Arrangements: \$ _____ per month. Write-off Amount: \$ _____

Received By: _____ Date: _____ Approval By: _____ Date: _____

Por favor, no olvide adjuntar copias de la información requerida. Sin ellas, no podemos procesar su solicitud.