

DECLARACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS

NO. DE CUENTA

NO. DE LA HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

Información del paciente/solicitante

FECHA DE HOY: _____ FECHA DE SERVICIO (SI SE CONOCE): _____

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Número de personas del grupo familiar: _____

Indique los miembros del grupo familiar:

NOMBRE	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
_____	CONSIGO MISMO/CON EL	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Está alguna mujer de la familia actualmente embarazada? Sí/No

En caso afirmativo, por favor indique qué miembro de la familia _____

¿Se ha reclamado como dependiente a alguno de los miembros de la familia de arriba en una declaración del impuesto sobre la renta de otra persona?

Sí/No

En caso afirmativo, indique qué miembros de la familia _____

¿Se declararon impuestos para la familia durante el año fiscal más reciente? Sí/No

En caso negativo, explique por qué no _____

SECCIÓN 2 - RESIDENCIA

Residencia principal:

Casa propia Alquilada Monto del alquiler mensual _____ Otra _____

Dirección física de la residencia principal _____

2da casa propia _____ Ciudad _____ Estad _____

Casa propia en alquiler

NOMBRE: _____

FECHA: _____

SECCIÓN 3 - INGRESO POR EMPLEO**CABEZA DEL GRUPO FAMILIAR:**

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Ingresos brutos de los últimos tres meses calendario completos:

Mes/Año _____ \$ _____ Mes/Año _____ \$ _____ Mes/Año _____ \$ _____

Ingresos anticipados del mes en curso \$ _____

Empleador actual: _____

Fechas de empleo: Desde: _____ Hasta: _____

Comentarios sobre el empleo: _____
_____**CÓNYUGE/OTRO:**

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Ingresos brutos de los últimos tres meses calendario completos:

Mes/Año _____ \$ _____ Mes/Año _____ \$ _____ Mes/Año _____ \$ _____

Ingresos anticipados del mes en curso \$ _____

Empleador actual: _____

Fechas de empleo: Desde: _____ Hasta: _____

Comentarios sobre el empleo: _____

SECCIÓN 4 - OTROS INGRESOS MENSUALES

<u>FUENTE</u>	<u>A</u> <u>CABEZA DE FAMILIA</u>	<u>B</u> <u>CÓNYUGE/OTRO</u>	<u>A+B</u> <u>INGRESOS MENSUALES TOTALES</u>
Ingresos del Seguro Social	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos de alquiler	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Seguro de desempleo	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingresos de jubilación	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Manutención de menores	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Intereses/Dividendos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(Especifique la fuente de los ingresos) _____	INGRESOS MENSUALES TOTALES \$ _____		_____

DECLARACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS (página 3 de 3)

NOMBRE: _____

FECHA: _____

SECCIÓN 5 - ACTIVOS TOTALES

<u>FUENTE</u>	<u>MONTO/VALOR</u>
Efectivo	\$ _____
Cuenta corriente	\$ _____
Cuenta de ahorro	\$ _____

<u>FUENTE</u>	<u>MONTO/VALOR</u>
Seguro de vida (valor en efectivo)	\$ _____
Certificado de depósito	\$ _____
Otro (especifique)	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

<u>FUENTE</u>	<u>VALOR NETO</u>	<u>PAGO MENSUAL</u>	<u>COMENTARIOS/DESCRIPCIÓN</u>
Casa	\$ _____	\$ _____	_____
Terreno	\$ _____	\$ _____	_____
Patrimonio de la empresa	\$ _____	\$ _____	_____
Vehículos	\$ _____	\$ _____	_____
Otros activos	\$ _____	\$ _____	_____

SECCIÓN 6 - COMENTARIOS QUE USTED DESEA HACER

Certifico que la información de arriba es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. **Acepto notificar a MCMC si mis circunstancias cambian, por ejemplo, si me mudo de Oregon u obtengo un nuevo empleo.** Además, presentaré una solicitud para cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que pueda estar disponible para el pago de los cargos de mi hospital/clínica/proveedor, y tomaré cualquier medida razonablemente necesaria para obtener tal asistencia, y cederé o pagaré al hospital/la clínica/el proveedor el monto recuperado para los cargos del hospital/la clínica/el proveedor. Si cualquier información que he proporcionado resulta ser falsa, tengo entendido que el hospital/la clínica/el proveedor podría volver a evaluar mi situación económica y tomar cualquier medida que llegue a ser apropiada.

NOTA: SE PODRÍA EXIGIR UN DEPÓSITO PARA LOS SERVICIOS RECIBIDOS ANTES DE LA DETERMINACIÓN DE LA ASIGNACIÓN ECONÓMICA.

Firma del solicitante: _____

Fecha de solicitud: _____