



APLICACION PARA ATENCION DE CARIDAD

121 Drew Avenue SE, Madelia, MN 56062

Teléfono: 507-642-3255

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social _____
(Paciente)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____
(Fiador/Parte Responsable)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
(Fiador/Parte Responsable)

Teléfono: _____ Estado Civil: _____ Número de niños dependientes: _____

INGRESO MENSUAL

El empleador del paciente: _____ Empleado del Cónyuge/Padre: _____
 Trabajador independiente _____ Trabajador independiente _____
 1040 + ingreso neto de la Lista C - Depreciación _____ 1040 + ingreso neto de la Lista C - Depreciación _____
 Agricultores: 1040 + ingreso neto de la Lista F - Depreciación _____ Agricultores: 1040 + ingreso neto de la Lista F - Depreciación _____

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____
 Cuanto tiempo _____ a _____ Sueldo Bruto \$ _____
 Desempleado _____ Cuanto Tiempo ? _____
 Seguro Social _____ \$ _____
 Compensación por desempleo _____ \$ _____
 Compensación al Trabajador _____ \$ _____
 Manutención de Hijos/pensión alimenticia _____ \$ _____
 Asistencia Publica /Vivienda/Estampillas de Comida \$ _____
 Subvención _____ \$ _____
 Pensión _____ \$ _____
 Ingreso por Alquiler _____ \$ _____
 Intereses de Inversiones _____ \$ _____
 La fuente: _____
 Otros Ingresos _____ \$ _____
 La fuente: _____
TOTAL \$ _____

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____
 Cuanto tiempo _____ a _____ Sueldo Bruto \$ _____
 Desempleado _____ Cuanto Tiempo? _____
 Seguro Social _____ \$ _____
 Compensación por desempleo _____ \$ _____
 Compensación al Trabajador _____ \$ _____
 Manutención de Hijos/pensión alimenticia _____ \$ _____
 Asistencia Publica /Vivienda/Estampillas de Comida \$ _____
 Subvención _____ \$ _____
 Pensión _____ \$ _____
 Ingreso por Alquiler _____ \$ _____
 Ingreso por Alquiler _____ \$ _____
 La fuente: _____
 Otros Ingresos _____ \$ _____
 La fuente: _____
TOTAL \$ _____

BIENES

Ahorros \$ _____
 Institución: _____
 Cheques \$ _____
 Institución: _____
 Otros bienes: _____

Efectivo en mano \$ _____
 Acciones o Bonos \$ _____
 Mercado de dinero \$ _____
 Plan de pensión/ jubilación \$ _____
 Residencia Primaria \$ _____
 Propiedad (Tierra, Residencia Secundaria) \$ _____

DEUDAD / GASTOS

Responsabilidades Financieras	Mensual
Debe a Quien	PAGO Balance
Hipoteca/Renta	_____
Bienes Raíces	_____
Propiedades	_____
Prestamos Bancarios	_____
Préstamo de auto	_____
Tarjetas de Crédito:	_____

Otros gastos (incluyendo médicos):

	Mensual
A quien	Pago Balance
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Los siguientes documentos deberán de ser proporcionados para el paciente y fiador

La información anterior será confidencial y se utilizará solo para determinar la elegibilidad. La firma certifica que toda la información se ha leído cuidadosamente y es cierta y correcta.

Firma _____ Fecha _____

Solamente para uso de la oficina

Aprobado

Negado

Cuenta del Paciente#: _____ Balance de la Cuenta: \$ _____ Cantidad de Descuento: % _____