



INFORMACIÓN DE INGRESOS PARA DETERMINAR ASISTENCIA DEL PACIENTE

SU INFORMACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ # Tel: _____

_____ # Tel: _____

Ocupación: _____

Compañía: _____

INFORMACIÓN DE SU ESPOSO/ ESPOSA

Nombre del Esposo/ Esposa: _____

Ocupación: _____

Compañía: _____

Domicilio: _____ #Tel: _____

Dependientes: _____ Edad: _____

_____ Edad: _____

_____ Edad: _____

INGRESOS ANUALES

Salario: _____

Dividendos: _____

Ingresos: _____

Interes: _____

Renteros: _____

Otras: _____

Sostenimiento Para Hijos: _____

Total: _____

GASTOS ANUALES

Impuestos de Propiedad: _____

Impuestos de Ingreso: _____

Prestamo de Casa: _____

Aseguranza: _____

Gastos de Vivienda: _____

Cobros Mensuales: _____

Total: _____

CAPITAL:

Bancos: _____

Cheques: _____

Ahorros: _____

OBLIGACIONES:

Cuenta, notas, etc., debidos a quien?

A Quien? _____

Cantidad _____

A Quien? _____

Cantidad _____

A Quien? _____

Cantidad _____

Descripción de Propiedad: _____

Descripción de Automovil/ Valor: _____

Otros creditos (Aseguranza, Notas) _____

Tiene Ud. Aseguranza Médica? _____

Calculación de gastos médicos? _____

Calculación de cuanto cubre su aseguranza: _____

Otros gastos anticipados que no sean médicos? _____

Descripción: _____ Cantidad: _____

A testigo que esta información es correcta y cierta.

Firma _____ Fecha _____

**INCLUYA COPIAS DE IMPUESTOS DE INGRESOS DEL ULTIMO AÑO O W-2 FORMAS, 1099'S
Y COPIA DE CUENTAS DEL BANCO(S) POR UN PERÍODO DE 3 MESES.**