

## INGRESOS Y GASTOS

### INGRESOS MENSUALES

Ingreso Bruto del paciente \_\_\_\_\_  
Ingreso Neto del paciente \_\_\_\_\_  
Ingreso Bruto del esposo(a) \_\_\_\_\_  
Ingreso Neto del esposo(a) \_\_\_\_\_  
Ingreso Bruto de los padres \_\_\_\_\_  
Ingreso Neto de los padres \_\_\_\_\_  
(Si el paciente es menor por favor liste los ingresos de los dos padres)  
Suma del Seguro Social recibido por paciente \_\_\_\_\_  
Suma del Seguro Social recibido por esposo(a) \_\_\_\_\_  
Suma del Seguro Social recibido por hijo(a) \_\_\_\_\_  
Ingreso del SSI (**indique la cantidad y quien la recibe**) \_\_\_\_\_  
Pension Militar, Reserva o Veteranos \_\_\_\_\_  
Ingreso de incapacidad a corto y largo plazo \_\_\_\_\_  
Manutencion/pension alimenticia \_\_\_\_\_  
Suma del cheque de Desempleo \_\_\_\_\_  
Pension de Jubilacion/Retiro \_\_\_\_\_  
Remuneracion de Trabajadores (WC) \_\_\_\_\_  
Ingresos recibidos por renta \_\_\_\_\_  
AFDC/Asistencia familiar \_\_\_\_\_  
Cupones de Alimentacion recibidas \_\_\_\_\_  
Suma de la ayuda recibida por la iglesia \_\_\_\_\_  
Otros ingresos que recibe \_\_\_\_\_

Declaracion del Solicitante: Por el presente certifico que la informacion que contiene este formato esta correcta y es verdadera a mi saber y entender, y que no hay elementos de informacion encubiertos u omitidos en esta solicitud. Tambien entiendo que el Hospital de Huntsville tiene el derecho de reservar sus decisiones sobre los descuentos de caridad cuando se descubre que el paciente o el garantor tuvo o tiene las habilidades para pagar los servicios. Yo le doy permiso al Hospital de Huntsville para acceder a mis expedientes de credito y proporcionar mi informacion financiera a companias contratadas por el Hospital de Huntsville para el proposito financiero o producto de programas de recuperacion financiera la cual pueda calificar. Si usted le gustaria darnos permiso para hablar con otra persona respecto al proceso de su aplicacion financiera, por favor liste a la persona designada en el espacio de abajo.

Persona designada: \_\_\_\_\_ Iniciales del Paciente aprobando \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o familiar representante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del esposo(a) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Medassist Rep \_\_\_\_\_ Financial Counselor: \_\_\_\_\_

### GASTOS MENSUALES

**\*\*Si los gastos son compartidos, por favor solo liste su parte\*\*\***

Alquiler o pago de casa/trailer \_\_\_\_\_  
Pago de terreno/lotes \_\_\_\_\_  
Servicios \_\_\_\_\_ Gas \_\_\_\_\_ Agua \_\_\_\_\_  
Alimentacion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Pago del Carro \_\_\_\_\_ Aseguranza del Carro \_\_\_\_\_  
Manutencion/pension alimenticia \_\_\_\_\_  
Gastos de cuidado infantil/ Educacion infantil \_\_\_\_\_  
Educacion/prestamos para la Universidad \_\_\_\_\_  
enumera todas la primas de los seguros pagados  
Hospital/Indemnizacion diaria \_\_\_\_\_  
Aseguranza de Vivienda/Arrendadores \_\_\_\_\_  
Seguro Medico \_\_\_\_\_ Seguro Estudiantil \_\_\_\_\_  
Seguro de Vida/entierro \_\_\_\_\_ Seguro contra el Cancer \_\_\_\_\_  
Gastos Medicos (mensuales) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Costo de prescripcion (mensuales) \_\_\_\_\_  
Tarjeta de Credito: Nombre \_\_\_\_\_ Pago \_\_\_\_\_  
Tarjeta de Credito: Nombre \_\_\_\_\_ Pago \_\_\_\_\_  
Prestamo Bancario: Nombre \_\_\_\_\_ Pago \_\_\_\_\_  
Otros Gastos \_\_\_\_\_ Pago \_\_\_\_\_

# Health System

Huntsville Hospital  
Huntsville Hospital for Women & Children  
Madison Hospital  
Decatur Morgan Hospital  
Helen Keller Hospital  
Red Bay Hospital

**\*Por favor escriba su nombre y no deje espacio en blanco. Escriba "N/A" en areas que no aplican a su circunstancias).**

Nombre del Paciente: Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Numero de cuentas: \_\_\_\_\_

Fecha(s) de Admision: \_\_\_\_\_ Rason: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: (circule uno) Casado Viviendo-Juntos Soltero Viudo Divorciado Separado Hace cuánto? \_\_\_\_\_

Nombre del esposo(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del esposo(a) \_\_\_\_\_

Seguro Social del esposo(a) \_\_\_\_\_

# Tel. Residencial del paciente: \_\_\_\_\_ # Trabajo: \_\_\_\_\_ # Cel. \_\_\_\_\_

Direccion actual: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Hace cuanto que vive ahi? \_\_\_\_\_

Nombre y Tel. De familiares que no viven con usted \_\_\_\_\_

Empleador del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Contrato: \_\_\_\_\_

Si desempleado-ultimo dia de trabajo: \_\_\_\_\_ Rason: \_\_\_\_\_

Empleador del Esposo(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Contrato: \_\_\_\_\_

Si desempleado-ultimo dia de trabajo: \_\_\_\_\_ Rason: \_\_\_\_\_

Liste **TODAS** las cuentas bancarias (incluya nombre y # de cuenta):

Cuentas del Paciente: \_\_\_\_\_ Cheques \_\_\_\_\_ Ahorros \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Cuentas del Esposo(a): \_\_\_\_\_ Cheques \_\_\_\_\_ Ahorros \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Cuentas de hijos menores de edad: \_\_\_\_\_ Cheques \_\_\_\_\_ Ahorros \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Propietario de: Casa \_\_\_\_\_ Terreno \_\_\_\_\_ Carro (ano y marca) \_\_\_\_\_

Esta Usted?: Rentando \_\_\_\_\_ Comprando \_\_\_\_\_ Dueño de propiedad \_\_\_\_\_

Viviendo con/o recibe asistencia de alguien? \_\_\_\_\_ Quien? \_\_\_\_\_

Numero de personas que viven en su hogar \_\_\_\_\_ Que parentesco tienen con usted? \_\_\_\_\_

Enumere la edad de los hijos menores que viven en casa: \_\_\_\_\_

Fue este servicio un accidente? \_\_\_\_\_ Causa del accidente: \_\_\_\_\_ Fecha y lugar del accidente \_\_\_\_\_

Si estuvo involucrado liste:

Informacion de poliza medica: \_\_\_\_\_ Informacion de poliza de responsabilidad(liability insu): \_\_\_\_\_

Informacion de poliza de vivienda: \_\_\_\_\_