



PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

TELÉFONO: 1-415-493-3318

DECLARACION DE SITUACION FINANCIERA

NOMBRE DE PACIENTE _____

DIRECCIÓN _____

NÚMERO DE CUENTA _____

CÓNYUGE _____

TELÉFONO _____ NÚMERO DE SUGURO SOCIAL _____

COMPOSICIÓN FAMILIAR (Indique todos los dependientes que se encuentran a su cargo)

<i>NOMBRE</i>	<i>EDAD</i>	<i>RELACIÓN</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EMPLEO Y LA OCUPACIÓN

EMPLEADOR _____ PUESTO _____

PERSONA DE CONTACTO Y TELÉFONO _____

SI TRABAJA DE FORMA INDEPENDIENTE, INDIQUE EL NOMBRE DEL COMERCIO

EMPLEADOR CÓNYUGE _____ PUESTO _____

PERSONA DE CONTACTO Y TELÉFONO _____

SI TRABAJA DE FORMA INDEPENDIENTE, INDIQUE EL NOMBRE DEL COMERCIO

INGRESO MENSUAL ACTUAL*PACIENTE**CÓNYUGE*INGRESOS MENSUALES ACTUALES
(ANTES DE IMPUESTOS/DEDUCCIONES)

OTROS INGRESOS:

INTERESES Y DIVIDENDOS DE BIENES
RAICES O BIENES INMUEBLE

SEGURO SOCIAL

OTROS (ESPECIFICAR)

PENSIÓN ALIMENTICIA O PAGOS
POR MANUTENCIÓN RECIBIDOS

PENSIÓN ALIMENTICIA O PAGOS
POR MANUTENCIÓN PAGADOS

INGRESO MENSUAL ACTUAL

INGRESO MENSUAL ACTUAL TOTAL (SUMAR EL INGRESO
DEL PACIENTE Y EL DEL CONYUGE QUE APARECEN
MÁS ARRIBA)

**TAMAÑO DE LA FAMILIA CANTIDAD TOTAL DE
INTEGRANTES DE LA FAMILIA** (INCLUIR PACIENTE,
CÓNYUGE Y DEPENDIENTES QUE APARECEN MÁS ARRIBA)

*SI**NO***¿TIENE SEGURO MÉDICO?**

¿TIENE SEGURO DE QUE PUEDA APLICARSE?
(POR EJEMPLO, UNA PÓLIZA DE AUTOMÓVIL)

¿FUERON SUS LESIONES CAUSADAS POR UN TERCERO?
(POR EJEMPLO, UN ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO
O POR RESBALONES Y CAIDAS)

POR FAVOR, ENVÍE UNA COPIA DEL ÚLTIMO TALON DE PAGO Y 2 MESES DE ESTADOS DE CUENTA
BANCARIOS JUNTO CON ESTA SOLICITUD_____
FIRMA DEL PACIENTE O EL GARANTE**FECHA**_____
FIRMA DEL CÓNYGUE**FECHA**