



### Solicitud de Asistencia Financiera

Informacion del aplicante:

Nombre de paciente:		Nombre de Conyuge:	
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja			
Domicilio:			
Telefono:		Celular de conyuge:	
Celular:			
Fecha De Nacimiento: <i>(Paciente)</i>		Fecha de Nacimiento: <i>(Conyuge)</i>	
Empleador: <input type="checkbox"/> Tiempo Complete <input type="checkbox"/> Por su cuenta <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> de Temporada		Empleador: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Por su cuenta <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> de Temporada	
Occupation:		Occupation:	

Lista todos los dependientes:

Nombre	Fecha De Nacimiento	Edad	Parentesco
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

<b>INGRESOS:</b> Lista de ingresos mensuales para la familia		<b>GASTOS:</b> Lista de gastos mensuales para la familia	
Ingresos para si mismo		Hipoteca/renta (incluye mantenimiento)	
Coyuge		Utilidades(electricidad,agua,basura)	
Otros miembros de familia		Teléfono	
Empleo de la granja o por su cuenta		Alimentos y artículos de uso domésticos	
Asistencia pública		Empresas financieras	
Seguro Social		Tarjetas de crédito	
Desempleo		Tarjeta de union	
Beneficios de huelga		Préstamos de automóviles	
Pagos de manutención de hijos		Transporte/auto(seguro, gasolina,reparos)	
Manutención infantil		Seguro (médico, dental, vida, hogar)	
Asignación de familia militar		Facturas médicas – hospital, médico,	
Pensiones		Ropa y lavandería	
Ingresos por dividendos, intereses,		Escuela y cuidado de niños	
Otros ingresos		Manutención del niño y del cónyuge	
		Pagos de plazos	
<b>INGRESOS BRUTOS</b>		<b>TOTAL DE GASTOS</b>	
		<b>SALDO ingresos (menos) gastos</b>	

**Activos y pasivos: (por favor proporcione las declaraciones actuales)**

<b>Activos</b>	<b>Valor de mercado</b>	<b>Empresa/acct #/Locacion</b>
Dinero en efectivo en cuenta corriente		
Dinero en efectivo en cuenta de ahorros		
Certificados de depósito		
<b>A. Total en efectivo</b>		

Inversiones – Valores		
– Bonos		
– Fondos de inversion		
– Otros ( )		
<b>B. Total</b>		

Casa – Hogar principal		
Otros bienes raices		

Vehículos – año/marca/modelo		
Primario:		
Segundo:		
Tercero:		
<b>C. Total</b>		

Lista de bienes personales (ej. barcos)		
1.		
2.		
3. Otros (joyería/coleccionables)		
<b>D. Total</b>		

<b>E. Total de activos (A + B + C + D = E)</b>		
--	--	--

<b>Deudas/préstamos pendientes</b>		
Hipoteca – residencia principal		
Otra deuda en propiedad		
Deuda en Caros		
Deuda en propiedad personal		
Tarjetas de crédito (empresa/cuenta #)		
1.		
2.		
3.		
<b>F. Total</b>		

Otras deudas/préstamos (describa)	
1.	
2.	
<b>G. Total</b>	
<b>H. Total de deudas/préstamos pendiente</b>	

<b>Valor neto (E - H)</b>	
---------------------------	--

Posibles acceso a fuentes categóricos:

**Nota: La información solicitada a continuación se usará únicamente para determinar el vínculo a los programas de financiamiento disponibles y no afectará su atención clínica.**

- ¿está usted o estará discapacitado por más de 1 año? si no
- ¿es usted un veterano de las fuerzas armadas? si no
- Si es mujer, ¿le han diagnosticado cáncer de mama o de cuello uterino? si no
- ¿está buscando asistencia para las necesidades de salud reproductiva (embarazo o solicitud anticonceptiva)? si no
- ¿usted o los miembros de su familia tienen alguna otra condición para la cual usted está buscando tratamiento o necesita ayuda? si no

### Documentación requerida-identidad, residencia, finanzas

1. Una identificación con foto del gobierno de los Estados Unidos.
2. Tarjeta de seguro social (si aplica)
3. Prueba de ciudadanía o residencia permanente (sólo para MAP)
4. Prueba de residencia (por ejemplo un gasto de luz) aunque este bajo de el nombre de otra persona.
5. Declaración de hipotecaria, recibos de renta o contrato.
6. Talones de pago-últimos cuatro talones (empleo, desempleo, compensación de trabajo, incapacidad, etc.)
7. Extractos bancarios – últimos 2 meses (todas las páginas)
8. Retorno completo de los impuestos, personal y negocio. (mas reciente con todas las copias de los W-2). Si no tiene copia, puede llamar al 800-829-1040 para una transcripción del ipuesto.
9. Prueba del empleador de beneficios ofrecido/no ofrecido en el membrete de la compañía. (sólo para MAP)
10. Documentación de casos cubiertos de California/Medi-Cal/SSI/SSDI; Pendiente y negación (si aplica).
11. Verificación de sus bienes, por ejemplo: registro de vehículos, IRA, 401k, acciones, bonos, fondos mutuos, póliza de seguro de vida entera con prueba de valor de cobro actual, y cualquier empleador emitió cuentas de jubilación). (si corresponde)

**Al firmar este documento, doy la autorización del Condado de San Joaquín para verificar cualquier información contenida en este formulario. Doy la autorización del Condado de San Joaquín para obtener cualquier otra información para determinar mi responsabilidad financiera. Declaro bajo perjurio que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta.**

Fecha:	(firma del solicitante o garante)
Fecha:	(firma del cónyuge)