

Declaración Financiera

Solicitud de cuidado comunitario

1515 Park Avenue - Columbus, WI 53925 - Teléfono 920-623-2200 Fax 920-623-1508

Nombre _____ Núm. Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador _____ () _____ Tipo de trabajo _____
(Nombre completo del negocio y número de teléfono)

Seguro Médico _____ Núm. de identificación _____ Fecha de comienzo _____

Esposo/a _____ Núm. Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Empleador _____ () _____ Tipo de trabajo _____
(Nombre completo del negocio y número de teléfono)

Seguro Médico _____ Núm. de identificación _____ Fecha de comienzo _____

Dependientes (nombre y relación)

_____ edad _____ edad _____

_____ edad _____ edad _____

Ingresos de la familia: Representan el total de los ingresos de toda fuente antes de impuestos; incluye pero no se limita a: salario, pagos de asistencia pública, seguro social, beneficios de seguridad social o compensación del trabajador, pago de huelga de un sindicato, beneficios de veterano, pensión alimenticia, pagos de seguro o de una anualidad, intereses, ingresos de alquiler, royales, ingresos de un estado o trust, reembolsos de impuestos, compensación de reclamo de herida. Los ingresos se deben declarar como ganancias brutas.

Ingresos de la familia incluyen ingreso de todos los miembros de la familia inmediata que viven en el mismo hogar.

FUENTE DE INGRESOS – Paciente	Cantidad mensual	Esposo/a u otro pariente	Cantidad mensual

Deducciones del cheque: \$ _____
(i.e., Sindicato, primas de seguro, guarnecimientos, pre-impuestos, etc.)

BIENES – PROPIEDAD:

Homestead: Ubicación: _____ valor de tasación: \$ _____

Balanza de Hipoteca: _____ Balanza de segunda hipoteca: _____

Otra propiedad: Ubicación _____ valor de tasación: \$ _____

Balanza de Hipoteca: _____ Balanza de segunda hipoteca: _____

BIENES – AHORROS (PACIENTE Y ESPOSO/A COMBINADOS)					
Tipo	Institución Financiera	Dirección	Teléfono	Número de la cuenta	Saldo
Cuenta Corriente					
Cuenta de Ahorros					
CD/IRA					

número de cuenta: _____

BIENES – AUTO O CAMION					
Marca, Modelo y Año:		Millaje:	Saldo del préstamo: \$		
Marca, Modelo y Año:		Millaje:	Saldo del préstamo: \$		
OTROS BIENES – VEHICULOS RECRECIONALES					
Tipo	Valor Estimado	Saldo del préstamo	Tipo	Valor Estimado	Saldo del préstamo
Motonieve			Moto de 3 o 4 ruedas		
Lancha			Casa Rodante		
Motocicleta			Otro V.R.		
GASTOS MENSUALES REGULARES LISTADOS POR PAGO MENSUAL <u>MINIMO</u>					
	Pago		Saldo	Pago	
Renta		Otro préstamo			
Pago de la hipoteca		Deuda médica (especifique)			
Segunda hipoteca		Deuda médica (especifique)			
Apoyo del niño/pensión alimenticia		Deuda médica (especifique)			
Primas de seguro		Tarjeta de crédito (especifique)			
Medicamentos continuos		Tarjeta de crédito (especifique)			
Comida		Otro (especifique)			
Utilidades		Otro (especifique)			
Transporte - gasolina		Otro (especifique)			

Entrego la declaración arriba para el propósito de dejar que Columbus Community Hospital evalúe mi estado financiero y determine mi elegibilidad de recibir asistencia de varios programas de ayuda financiera, y autorizo que Columbus Community Hospital averigüe esta información según necesario, lo que puede incluir obtener un informe del Bureau de créditos, verificación de empleo o de ingresos, y otra documentación apropiado.

Atestigo que la información arriba y toda documentación de ingresos proveídos son completos y correctos. Entiendo que si, en cualquier momento, se descubre que la información sea falsa, toda beca de cuidado comunitario se reversa, y yo acepto la responsabilidad del pago completo e inmediato del saldo.

En solicitar el cuidado comunitario, además acepto la responsabilidad de pagar la cantidad que resta como resultado de alguna beca que pueden otorgar.

Solicitante

Fecha

Esposo/a o Pariente

Fecha

Nota: Prueba de sus ingresos actuales se debe presentar junto con la solicitud, además de copias de su última declaración de impuesto federales. Todo saldo de deuda mayor de \$2,000 se debe verificar por escrito. (Por ejemplo: el estado de cuenta del prestamista o su factura más reciente.)

¿Ha incluido: Solicitud firmado Planilla de impuestos federal 1040 Comprobante de ingresos
Prueba de ingresos puede incluir: al menos 2 recibos de paga, declaración del seguro social, estado de cuenta bancaria, etc.